

MAR 13 1924

Medicine

VI<sup>e</sup> Série. — Tome V.

N<sup>o</sup> 2. — Février 1924.

**ANNALES**  
**DE**  
**DERMATOLOGIE**  
**ET DE**  
**SYPHILIGRAPHIE**

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).

W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).

J. NICOLAS (Lyon). — PAUTRIER (Strasbourg).

R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



**MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Rédacteur en Chef,  
17, rue Ballu, Paris IX<sup>e</sup>. (Téléph. : Gutenberg 04.62).

Prix de l'abonnement pour 1924 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Etranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du  
Bulletin de la Société de Dermatologie

Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> Janvier.

# IONOÏDE DE BISMUTH

## Bismuth colloïdal chimiq<sup>e</sup> pur

Très actif - Ne provoque aucun des phénomènes d'intolérance  
signalés dans les traitements antisyphilitiques

(Communications des D<sup>rs</sup> LACAPÈRE et GALLIOT. — Mai 1925)

*S<sup>ci</sup> de Syphiligraphie et Dermatologie. — S<sup>ci</sup> de Médecine de Paris*

Utilisé en injections intraveineuses. — Peut être absorbé  
par voie buccale

LES IONOÏDES — Colloïdes chimiq<sup>e</sup> purs — Procédé E. Fouard

Dépot : DARRASSE Frères. — PARIS, 13, rue Pavée

R. de G. : 140.500

## EPILEPSIE

Nouveau Traitement absolument inoffensif par le  
Tartrate Borico-Potassique soluble et ch<sup>é</sup> pur  
de L. PACHAUT

Tubes de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 4 gr., 5 gr. — DOSE MOYENNE : De 3 à 4 gr. par jour. — Pour les Enfants : Réduire  
suivant l'âge; dissoudre dans de l'eau au moment de l'emploi ou tube à prendre en une seule fois  
ou par fractions, suivant l'indication du Médecin. — L. PACHAUT, 120, St-Maurice, Paris 12<sup>e</sup> arr.

## PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Tonique et système nerveux, sans aucun action toxique sur le système. Recommandé  
dans les états dépressifs. Un cachet à déjeuner et soir. 100, St-Maurice, PARIS, et toutes Pharmacies.

## VALERIANE liquide de L. PACHAUT

Recommandé par le Corps Médical dans les **NERVOS** et en particulier dans les **NERVOS**  
Général nerveux : 1 à 2 cuillères à café par jour. — 100, St-Maurice, PARIS, et toutes Pharmacies.

R. de G. : Bata, 49.500







## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### LA QUESTION DES INTERTRIGO-MYCOSES

par W. DUBREUILH

Dans un des derniers numéros des *Annales*, M. Sabouraud critique le rapport de M. Petges au congrès de Dermatologie tenu à Paris en 1922. Dans cet article il déclare sans valeur tous les travaux qui concluent à l'existence de dermatoses dues à des levures ; il ne reconnaît d'autres intertrigos que des intertrigos trichophytiques ou streptococciques et affirme que si l'on a trouvé autre chose ce n'est que par suite d'erreurs de technique.

L'intertrigo trichophytique est admis par tout le monde et ne donne lieu à aucune contestation et M. Sabouraud admet qu'il peut être causé par de multiples espèces de trichophyton.

L'intertrigo microbien et notamment streptococcique existe certainement, mais il est peu fréquent dans le pli génito-crural et l'est beaucoup plus dans le pli rétro-auriculaire. Il ne se limite du reste pas aux surfaces de contact et peut les dépasser largement, offrant alors l'aspect des pyodermites sèches et squameuses, eczématiformes.

Il est très difficile d'affirmer la nature streptococcique d'un intertrigo. L'examen microscopique montre une flore abondante et variée. La culture fournit des résultats différents suivant la méthode employée. Sur un milieu solide, aéré et acide, il poussera des moisissures ; sur un milieu maltosé il poussera des hyphomycètes s'il y en a. Par la culture anaérobie en pipette il poussera dès les premières heures des streptocoques s'il y en a, mais dès le lendemain on trouvera dans les pipettes du staphylocoque, qui s'y trouve aussi. Cela prouve la présence du streptocoque mais non son rôle pathogène et c'est un postulat de dire que lorsque le streptocoque et le staphylocoque sont associés, le premier seul est pathogène et le second est une infection secondaire.

Dans l'impétigo de Fox lui-même où la question est bien plus simple et où le rôle pathogène du streptocoque est généralement admis, les preuves qu'on en donne ne sont pas à l'abri de toute critique. Par l'examen de la sérosité claire de la vésicule primitive on ne trouve pas de chaînettes typiques mais seulement des cocci isolés ou par séries de trois ou quatre grains. La culture fournit bien un streptocoque mais grâce à une méthode éliminatoire qui ne laisse pousser que lui, au moins au début, car si l'on attend deux jours pour examiner la pipette, on trouve toujours d'autres microbes et notamment le staphylocoque.

L'intertrigo mycosique que j'ai décrit avec M. Joulia est caractérisé par son aspect clinique, par l'examen microscopique, par la culture, par les résultats du traitement et non par la culture seule comme paraît le croire M. Sabouraud. L'éruption débute dans les plis mais peut les dépasser largement et même se généraliser, cela se voit surtout chez les jeunes enfants où elle peut constituer une sorte d'érythème desquamatif spécial. Dans le fond des plis la peau est d'un rouge foncé, violacé, elle est un peu gonflée, lisse et humide. Le contour n'est pas formé de grands arcs de cercle comme dans l'eczéma marginé de Hebra, mais très irrégulièrement déchiqueté, géographique, la limite est marquée par une très fine collerette d'épiderme décollé, blanche, très mince, souple, ne dépassant pas un millimètre de large. Il n'y a guère d'autre desquamation et en dedans de cette fine frange flottante il n'y a qu'une surface uniformément rouge, lisse et vernissée.

La plaque principale est toujours entourée d'un archipel de lésions isolées de la grandeur d'un grain de chènevis à une lentille, rondes, légèrement saillantes, rouges et vernissées, entourées de la même collerette étroite et mince. L'éruption se développe assez vite mais peut durer fort longtemps, s'accompagnant d'un prurit très violent ou de douleurs très gênantes.

Chez les petits enfants, l'éruption partie des plis peut s'étendre à tout le corps faisant un érythème rouge foncé, peu ou pas squameux, mais offrant le même contour géographique et la même collerette.

A cette éruption spéciale correspond constamment la présence d'un parasite végétal non moins spécial et caractéristique.

Si l'on examine les fragments de collerette marginale après ramollissement dans la solution de potasse, on trouve constam-

ment un parasite dont l'aspect toujours le même est très différent de tous les trichophytions. Dans les trichophytions et les genres voisins on trouve des filaments et des chapelets de spores ; les filaments sont longs, plus ou moins ondulés, on les voit souvent traverser tout le champ microscopique et se prolonger presque droits dans plusieurs champs consécutifs avec des ramifications rares ; la segmentation très nette et très fréquente divise les filaments mycéliens en segments pas plus longs que larges et finalement les réduit en chapelets de grains ronds ressemblant à une chaîne de gros streptocoques. Dans les préparations très écrasées ou trop chauffées les chapelets peuvent bien se dissocier et alors toute la préparation est semée de spores dispersées, mais c'est un accident et l'on peut toujours trouver des chapelets dans le voisinage. Il n'y a pas d'autre mode de groupement des spores que le chapelet et il n'y pas d'autre mode de fructification que la segmentation du filament mycélien en spores endogènes, du moins dans la vie parasitaire.

Dans les mycoses que j'ai en vue, les filaments sont plus fins, ni très abondants ni très longs, très contournés et rameux, non segmentés mais articulés bout à bout. Les spores, inégales, rondes ou ovoïdes ne forment jamais des chapelets mais toujours des amas appliqués contre les filaments ou traversés par eux, elles paraissent se former par bourgeonnement latéral ou terminal des filaments, jamais par segmentation. C'est donc un mode de fructification totalement différent de celui des trichophytions, l'aspect général se rapproche de celui du *Microsporon furfur*, mais les éléments sont plus petits. Muijs, dans un mémoire antérieur dont je n'avais pas connaissance au moment de ma publication, donne une description identique. Dans un article récent, C. Rasch (1) donne de très bonnes photographies d'un enfant atteint d'érythème mycosique, d'une préparation de squames et d'une préparation de culture, qui, à son dire, était une levure. Sa description clinique est tout à fait superposable à la mienne et ses photographies correspondent exactement à mes observations.

La culture m'a toujours donné une levure à colonies crémeuses, luisantes et humides, avec filaments irradiés sur les

(1) Eczema marginatum Hebra and other mycoses resembling eczema, *Acta dermato-venereologica*, 1923, fig. 14, 15 et 16.

bords, peu abondants du reste et fournissant par bourgeonnement une quantité énorme de spores.

Mes tentatives d'inoculation à l'homme n'ont pas réussi de sorte qu'on peut toujours dire que le vrai pathogène a passé inaperçu, mais tous les trichophytos observés ont-ils été cultivés et inoculés avec succès ?

En tout cas voilà un intertrigo pouvant se généraliser en érythème avec une physionomie clinique caractéristique, où l'examen microscopique montre constamment un parasite végétal qui n'est pas un trichophyton et qui en est même très différent, où la culture donne constamment et dans tous les pays la même culture qui est une levure.

Il y a bien des chances pour que cette levure en soit la cause et en tout cas ce n'est ni un trichophyton ni un streptocoque.

---

## DYSHIDROSES VRAIES ET PSEUDO-DYSHIDROSES

Par A. SICOLI

(Travail du laboratoire du Dr Sabouraud à l'hôpital Saint-Louis).

La première publication sur la dyshidrose et sa séparation du groupe des eczémas est due à Tilbury Fox (1) et date de 50 ans.

En janvier 1873 à New-York, T. Fox donnait, dans un mémoire, le nom de *dyshidrosis* (Δύς = difficilement — ιδρώς = sueur) à une affection cutanée caractérisée par la rétention, dans les conduits sudorifères, de la sueur abondamment et rapidement sécrétée. Trois ans plus tard, Jonathan Hutchinson (2) décrivit à Londres la même maladie sous le nom de *Cheiro-pompholyx*. Cet auteur ne partageait pas tout à fait les idées de T. Fox ; il a cru voir dans cette affection une névrose et non un trouble des glandes sudorifères.

De là de longues polémiques s'élevèrent, entre Hutchinson et T. Fox, sur l'origine de la maladie et, pour mettre d'accord les deux adversaires survint le docteur Cumming (3) qui déclara connaître la maladie, qui fut déjà objet de ses études et qui était une manifestation pure et simple de la goutte.

En résumé, T. Fox voyait dans la dyshidrose un trouble mécanique sous l'influence de la sécrétion sudorale, Hutchinson, au contraire, une névrose, en affirmant, d'autre part, que les vésicules dyshidrosiques sont situées au sommet des papilles et que leur contenu est formé non par la sécrétion sudorale, mais par une transudation de sérum des vaisseaux papillaires.

Plus tard, en 1877, A. Robinson, après avoir fait des biopsies, affirme que les conduits sudorifères n'ont rien à faire avec les vésicules. Il affirme avoir vu dans une coupe le conduit sudorifère

(1) T. Fox. On dysidrosis. *The American journal of Dermatology*, 1873.

(2) HUTCHINSON. Cheiro-pompholyx. *Illustration of clinical Surgery*. Londres, 1876, vol. I.

(3) CUMMING. Cheiro-pompholyx, in *Lancet*, 29 avril 1876.

tout à fait intact entre deux vésicules de cheiro-pompholyx.

Dans la même année, Crocker (1), au contraire, soutient, en se basant sur de nombreux examens histologiques, que les vésicules ont leur siège au niveau de la couche interpapillaire (ou, comme on sait, passent les conduits sudorifères) et non pas au sommet des papilles, et qu'elles sont en relation avec le canal excréteur de la glande sudoripare.

Je connais un dessin de cette époque, représentant une coupe de dyshidrose et dû à Vidal et Leloir (2), qui après la mort de son collaborateur Vidal, fit publier un atlas qu'il disait « constituer une sorte de monument de l'histologie pathologique cellulaire des maladies de la peau, correspondant aux années 1880-1888 ». Dans le dessin mentionné, portant la légende : *phlycténule de dyshidrosis*, Leloir faisait remarquer la dilatation considérable de la région intra-épidermique du conduit excréteur de la glande sudoripare. En vérité, cette coupe n'est pas très expressive. Leloir même, en présentant le dessin dit « que la partie profonde de la préparation a été déchirée par le rasoir, mais cela au niveau d'un *locus minoris resistentiæ* correspondant au conduit excréteur d'une glande sudoripare ».

Après ces polémiques, la théorie sudorale de la dyshidrose fut, presque unanimement, admise par tous les dermatologistes. Mais, dans le but de résoudre définitivement le problème, Hoggan reprend, en 1883, l'étude de la dyshidrose et, en se basant sur ses examens histologiques, soutient que dans une première phase la vésicule n'a rien à faire avec les canaux sudorifères qui sont rejetés de côté et forment comme une demi-lune autour de la vésicule même ; c'est seulement dans une deuxième phase, qu'il dit, que les conduits sudorifères éclatent et produisent une véritable dyshidrose.

Enfin, Williams (3) et Breda (4), démontrent qu'il n'y a aucune relation directe entre les vésicules dyshidrosiques et les conduits sudorifères.

(1) R. CROCKER. Dysidrosis of cheiro-pompholyx. *British med. journal*, 8 déc. 1877.

(2) LELOIR et VIDAL. *Traité descriptif des maladies de la peau*. Atlas, planche XXXI, fig. 3. Masson, édit, Paris.

(3) WILLIAMS. The anatomy of cheiro-pompholyx. *British journal of Dermat.*, octobre 1891.

(4) BREDA. Il pomfollice, Osservazioni cliniche-istologiche. *Rivista clinica e terapeutica*, ottobre 1891.

Unna (1), un an plus tard, jette les bases d'une nouvelle théorie pathogénique en disant que, probablement, la dyshidrose est fonction d'une infection locale de la peau. Cet auteur dit avoir rencontré dans le toit et dans le contenu des vésicules des bacilles larges, isolés ou groupés, qui prenaient le Gram.

En résumé, nous voyons combien l'origine de la dyshidrose fut diversement interprétée par les différents observateurs, qui ont émis les idées les plus opposées sur sa pathogénie.

Tout cela s'explique par la grande confusion qui régnait, puisque alors toutes les mycoses des doigts et toutes les lésions dyshidrosiformes d'origine médicamenteuse étaient qualifiées dyshidrose.

Passons maintenant à une deuxième période, que j'appellerai *période de sélection*. D'année en année les recherches nouvelles font leur chemin. La dyshidrose est peu à peu démembrée en différents types ; on commence à reconnaître que cette affection n'a pas d'autonomie véritable : certains cas qui lui étaient attribués peuvent être mycosiques (Sabouraud, 1910) ou d'origine médicamenteuse.

Cependant, on exclu toujours et de plus en plus l'idée que cette maladie peut être aussi en relation pathogénique directe avec des troubles de l'appareil sudorifère.

Ainsi Ormsby et Michell (1916) affirment que la dyshidrose est une mycose et Darier (2), qui auparavant la considérait comme une forme d'eczéma, dans ces dernières années dit que la dyshidrose n'est peut être qu'un syndrome clinique, tantôt d'origine parasitaire, tantôt d'origine artificielle.

Le Dr G. Petges, au 1<sup>er</sup> Congrès de dermatologie française (3), dans un rapport sur les épidermomycoses, en se basant sur les recherches de tous les derniers observateurs, convient que la maladie de T. Fox et de Hutchinson ne constitue pas une entité vraie, mais qu'elle peut être parasitaire et mycosique, comme aussi d'origine artificielle.

Gougerot et Legrain, dans le même Congrès, communiquent

(1) UNNA. *Histopathologie der Hautkrankheiten*, Berlin, 1892.

(2) *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, 1922.

(3) S. PETGES. Rapport sur les épidermomycoses (*Premier Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*. Masson édit. Paris, 1922).



aussi leurs recherches au sujet de l'origine mycosique de la dyshidrose : le premier de ces observateurs, persiste à croire que la dyshidrose de Fox n'est pas due à des champignons mais à une réaction cutanée non parasitaire comparable à l'eczéma. Le deuxième, prouve aussi l'origine non mycosique de la dyshidrose de T. Fox.

Sabouraud (1), se basant sur ses nombreuses recherches faites avec la plus grande impartialité et compétence, démontre par des cultures restées stériles, que la dyshidrose vraie de T. Fox (à laquelle les travaux de Darier et de Mlle Eliaschew avaient attribué une origine mycosique), constitue un syndrome qui n'est pas réalisé par une infection parasitaire de l'épiderme. Cet auteur conclut : « Il est certain que certains cas qualifiés dyshidrose sont mycosiques, puisqu'autrefois toutes les mycoses des doigts étaient qualifiées dyshidrose ».

Enfin, le Dr Milian (2), depuis que son attention a été attirée sur la nature de la dyshidrose, affirme avoir toujours trouvé la syphilis chez des sujets atteints de dyshidrose vraie et que le traitement antisypilitique a donné un excellent résultat, le plus souvent une guérison rapide de l'affection. Cet auteur croit donc que la dyshidrose de T. Fox est de nature sypilitique. « L'écllosion subite des bulles aux deux mains sans réaction inflammatoire, la constatation de lymphocytose rachidienne, et chez beaucoup de sujets d'un tabès fruste, permettent de penser qu'il s'agit d'un trouble sympathique dont la lésion initiale nerveuse serait de nature sypilitique ».

C'est à la suite de tous ces travaux pathogéniques que j'ai entrepris l'étude sur la question du parasitisme possible des dyshidroses et des éruptions analogues, étude faite pendant un an, dans le laboratoire de M. Sabouraud qui m'a inspiré l'idée de ce travail.

Avant de discuter sur toutes les recherches de laboratoire concernant les dyshidroses, il faut s'entendre aussi sur le type clinique de la dyshidrose, car il existe nombre d'éruptions d'origine différente, siégeant aux mains ou aux pieds, qui revêtent des caractères cliniques fort voisins l'un de l'autre.

(1) SABOURAUD. A propos de la dyshidrose (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 3, 1922).

(2) MILIAN. *Bulletin de la Société française de Dermat. et Syphil.* (Séance du 10 novembre 1921).



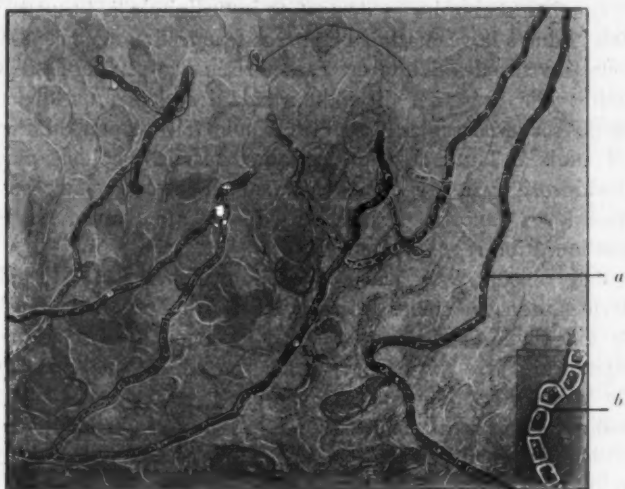


Fig. 1. — Squame d'épidermomycose dyshidrosiforme. Grossissement, 360 : 1. La culture de ce parasite montre l'épidermophyton *inguinale* de Sabouraud, *a*, l'examen microscopique, montre des filaments mycéliens faits de cellules allongées, séparées par des cloisons assez espacés, *b*, rameau mycélien à grossissement : 900 : 1.

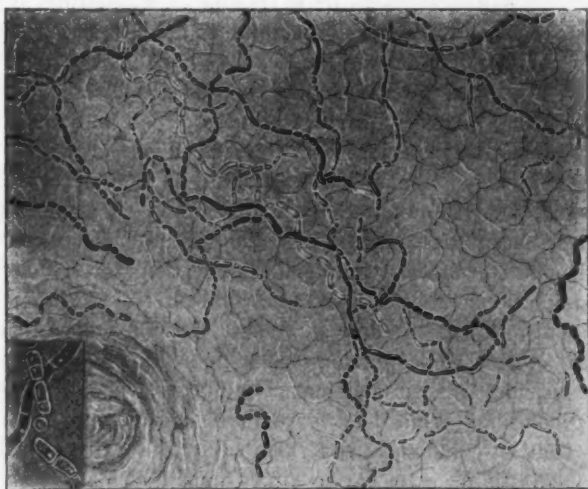


Fig. 2. — Squame d'épidermomycose dyshidrosiforme plantaire. Grossissement, 360 : 1. La culture de ce parasite montre l'épidermophyton d'Ota.

Il existe d'abord une dermatose interdigitale à l'aspect vésiculeux due à la végétation d'un parasite mycélien dans l'épiderme. Cette mycose des doigts est caractérisée par son mode d'évolution : elle présente, dit Sabouraud, des demis ou quarts de cercle reconnaissables et suffisants pour faire douter du diagnostic. Mais il faut noter que certaines formes d'épidermomycose dyshydrosiforme rappellent très exactement la dyshidrose vraie quand ces mycoses des doigts ne présentent aucune trace de configuration régulière.

J'ai rencontré 47 cas de ces épidermomycoses dyshydrosiformes, dans lesquelles les recherches de laboratoire ont affirmé le diagnostic. Dans tous ces cas l'examen microscopique, des squames et des toits des vésicules, a montré, quelquefois après de longues et minutieuses recherches, des rameaux mycéliens indiquant la nature mycosique de la lésion. Il s'agissait toujours d'éléments mycéliens septés, avec un mycélium plus ou moins mince et des cloisons assez espacées (fig. 1 et fig. 2). Dans 23 de ces cas, la culture isola l'*épidermophyton inguinale* de Sabouraud et, dans 6 autres cas l'*Epidermophyton* d'Ota.

A côté de cette épidermomycose dyshydrosiforme il y a une autre dermatose vésiculeuse, dont la lésion élémentaire a les caractères morphologiques de la vésicule de dyshidrose. Il s'agit d'une dermatose d'origine traumatique ou médicamenteuse (salol, acide phénique, iodoforme, etc.).

J'ai rencontré 38 cas de ces pseudo-dyshidroses d'origine artificielle, 7 biopsies furent pratiquées et j'ai toujours trouvé une vésiculation par spongieuse, comme celle des eczémas.

Enfin il existe une affection caractérisée par l'apparition très brusque, symétrique aux deux mains (moins souvent aux pieds) et sur les faces latérales des doigts, d'une éruption de vésicules profondément enchâssées dans l'épiderme et donnant au toucher la sensation de plomb de chasse. Cette affection ni d'origine mycosique ni médicamenteuse, se traduit par un tableau clinique spécial et c'est à elle que donnons le nom de *Dyshidrose vraie*. Les vésicules qui caractérisent cette affection peuvent atteindre les dimensions d'une lentille ; d'abord isolées, elles deviennent très souvent confluentes et forment alors des saillies ovalaires. Le diagnostic de cette forme (que nous appelons *Dyshidrose vraie bulleuse*) est parfois très difficile, car souvent les éruptions dyshydrosiques d'origine artificielle rappellent morphologique-

ment les lésions de cette dyshidrose vraie. La distinction ne présente cependant pas trop de difficultés quand la notion de la cause provocatrice permet de faire le diagnostic différentiel.

C'est à propos de ce dernier type, que nous appelons dyshidrose vraie, et pour les séparer des autres pseudo-dyshidroses, que se sont élevées le plus grand nombre de discussions concernant sa véritable origine.

De ces dyshidroses vraies j'ai étudié 27 cas, seulement au printemps dernier et pendant l'été. Dans le laboratoire de mon maître le Dr Sabouraud, j'ai pratiqué systématiquement, pour les 112 cas de lésions dyshidrosiques, toutes les recherches et examens de laboratoire, en adoptant toujours les procédés préconisés par Sabouraud pour les prélèvements, examens et cultures. Dans un premier temps toutes mes recherches tendaient à résoudre la question du parasitisme possible des dyshidroses vraies et de toutes éruptions analogues.

Il résulte de mes recherches que dans tous les cas de dyshidrose vraie de Tilbury Fox les examens les plus minutieux de la sérosité et des toits des vésicules n'ont jamais montré aucun filament mycélien. Les recherches du mycélium probable ont été répétées longuement sur plusieurs éléments de chaque malade.

De même, l'ensemencement des toits et de la sérosité des vésicules sur gélose Sabouraud n'a jamais donné aucun résultat positif. J'ai pratiqué plus de deux cents cultures, en ensemençant dans chaque cas plusieurs tubes, chacun portant 4 ou 5 points d'ensemencement, qui sont toujours restés stériles. Sur le conseil de M. Sabouraud, je me souviens avoir pratiqué 30 cultures, chez un même malade atteint de dyshidrose vraie, avec le produit de différentes vésicules, sans jamais aucun résultat positif. De même par le procédé des cultures en goutte pendante, qui est, comme le dit justement Sabouraud, le seul procédé valable pour bien étudier un dermatophyte, les résultats ont été toujours négatifs. Dans ce procédé, qui est vraiment délicat et d'une technique compliquée, j'ai toujours adoptée comme milieu liquide un bouillon peptone glucosé ayant la formule du milieu d'épreuve de Sabouraud et j'ai étudié tous les cas sur plusieurs cultures en gouttes semblables, car, comme sait, il y a souvent des cultures qui se développent mal ou ne se développent pas si la goutte de bouillon se dessèche ou s'étale.

*En somme, dans tous ces cas de dyshidrose vraie, l'examen*

*microscopique n'a jamais révélé de rameaux mycéliens qui puissent faire penser à la nature mycosique de l'affection et les cultures ont toujours été stériles.*

De même, j'ai cherché dans le toit et le contenu des vésicules, le bacille que Unna avait cru y voir, mais malgré toutes colorations par la méthode de Gram je n'en ai jamais vu aucun, en dehors de quelques cocci en amas que j'ai trouvés dans des cas de dyshidrose vraie secondairement infectée.

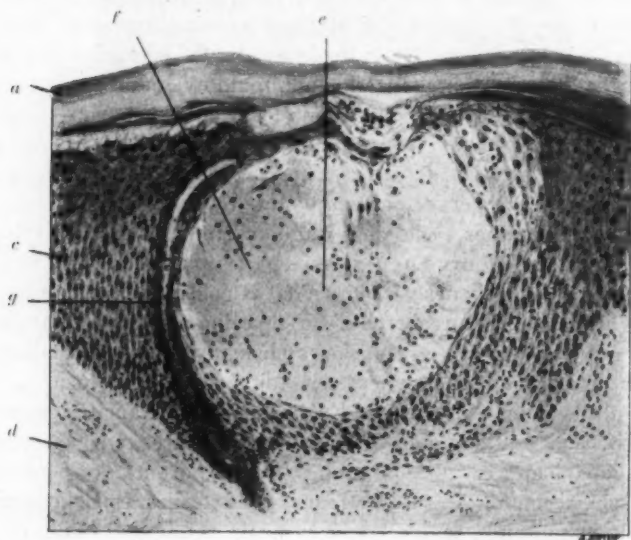


Fig. 3. — Cette figure représente une vésicule d'épidermomycose dyshidrosiforme.

Coloration hématoéine, éosine. Grossissement 150 : 1. On voit dans cette coupe que le conduit sudorifère forme comme une demi-lune autour de la vésicule.

a, couche cornée;

c, corps de Malpighi;

d, derme;

f, sérosité et lymphocytes;

g, conduit sudorifère autour de la vésicule.

C'est après ces résultats infructueux que j'ai entrepris l'étude histologique des dyshidroses vraies et des pseudo-dyshidroses.

Hoggan et d'autres observateurs soutenaient, en se basant sur les coupes histologiques, qu'au début de la vésiculation, les conduits sudorifères n'avaient aucun rapport avec les vésicules en voie de formation, mais qu'ils étaient rejetés de côté et for-

maient comme une demi-lune autour de la vésicule. C'est seulement à une deuxième phase, que les conduits sudorifères se rompaient et que l'on aurait une véritable vésicule dyshidrosique.

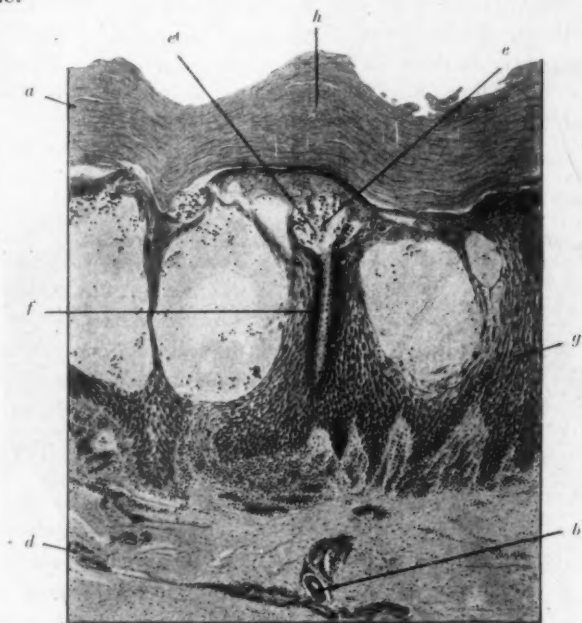


Fig. 4. — Cette figure représente une vésicule naissante de dyshidrose vraie. Cette petite vésicule a été obtenue dans une biopsie de dyshidrose vraie, bulleuse et confluyente.

Coloration hématoéine, éosine. Grossissement, 80 : 1.

On voit une petite vésicule en relation directe avec le conduit sudorifère.

a, couche cornée;

b, corps de Malpighi;

d, derme;

c, petite vésicule;

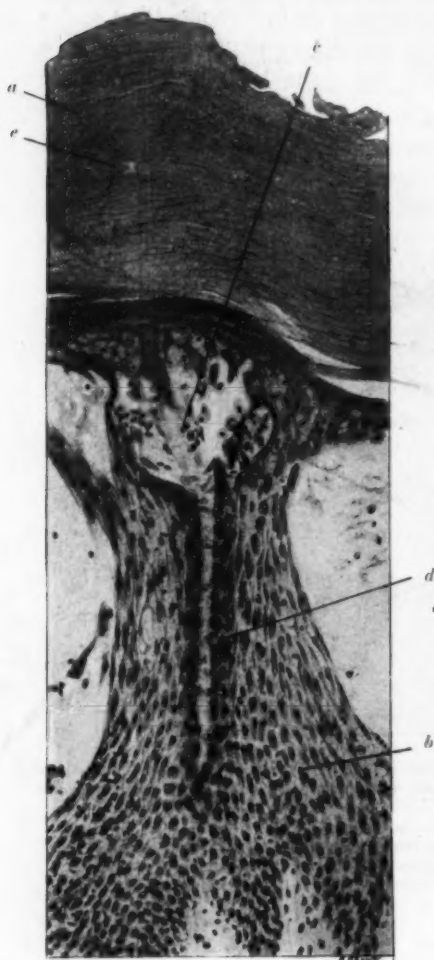
e, sérosité et lymphocytes;

f, conduit sudorifère en relation directe avec la vésicule;

g, glomérule sudoripare;

h, coupe du canal sudorifère intra-corné.

Je n'ai jamais observé ce phénomène dans les dyshidroses vraies, mais je l'ai observé plusieurs fois dans les formes de pseudo-dyshidrose. Voici une coupe d'épidermomycose dyshidrosiforme (fig. 3) où on voit que le conduit sudorifère forme une espèce de croissant autour de la vésicule.



J'ai voulu faire, de parti pris, un certain nombre de biopsies de dyshidrose vraie et d'éruptions analogues, pour bien mettre en évidence les différentes lésions histologiques entre elles. Sur plusieurs coupes, j'ai toujours trouvé les vésicules de pseudodyshidrose formées par spongiose comme les vésicules de l'eczéma. Mais ce qui est à remarquer c'est la grande différence anatomo-pathologique entre la dyshidrose vraie et les pseudo-dyshidroses.

Voici à la figure 4, représentant une coupe de dyshidrose vraie, une petite vésicule dont la cavité prend l'aspect d'un entonnoir et qui semble due à l'excessive dilatation du canal sudorifère dans son trajet à travers le corps muqueux. A la figure 5 on voit cette vésicule en relation directe avec le conduit sudorifère, à un plus fort grossisse-

Fig. 5. — Cette figure représente la même vésicule qu'on voit dans la figure 4, Ici on voit la petite vésicule à plus fort grossissement, 185 : 1 :

- a, couche cornée;
- b, corps de Malpighi;
- c, vésicule;
- d, conduit sudorifère en relation avec la vésicule;
- e, coupe du canal sudorifère intra-corné.

ment. Cette petite vésicule a été obtenue dans une biopsie de dyshidrose vraie bulleuse, confluyente.

Pour se rendre bien compte de ce phénomène, il faut tomber sur une vésicule naissante, au moment de sa formation. De même il faut suivre toutes les coupes en série.

Figurons-nous couper verticalement une poire en caoutchouc terminée par son tube, de façon à obtenir des tranches très minces. Si nous examinons les premières tranches nous voyons

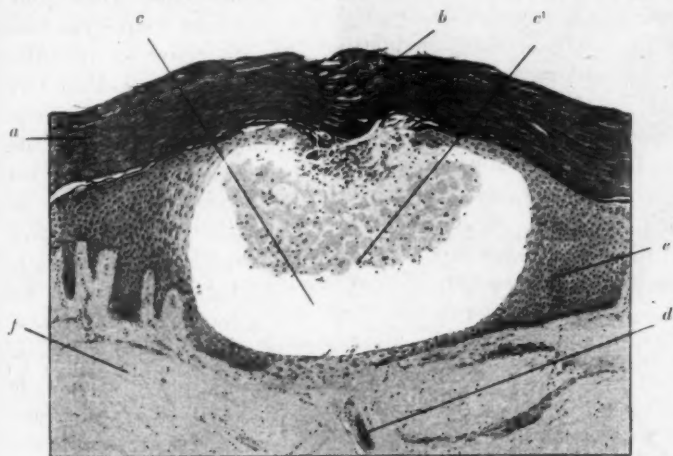


Fig. 6. — Cette figure représente une vésicule de dyshidrose vraie bulleuse. Coloration hématoxyne, éosine. Grossissement : 85 : 1. On voit une énorme vésicule qui occupe à peu près l'épaisseur du corps muqueux. Par places la vésicule n'est plus limitée en bas que par une seule rangée de cellules malpighiennes. En haut il y a rupture complète du corps muqueux et la cavité vésiculaire est fermée par la couche cornée elle-même. Dans ce plafond corné de la vésicule on retrouve des spirales du conduit sudoripare qui vient de la vésicule déboucher au dehors. À l'intérieur de la vésicule on voit presque uniquement des lymphocytes, les polynucléaires sont en nombre extrêmement réduit.

- a, couche cornée;
- b, spirales du conduit sudoripare;
- c, vésicule avec c' sérosité et lymphocytes;
- d, conduit sudorifère;
- e, corps de Malpighi;
- f, derme.

des cavités qui graduellement s'agrandissent. Puis en s'approchant vers le centre, nous finirons par découvrir le lien qui relie la cavité au tube.

Telles sont les figures que montrent exactement les coupes



successives d'une vésicule de dyshidrose vraie. Pour se rendre compte de l'intime relation de la vésicule avec le conduit excréteur de la glande sudoripare, il faut suivre toutes les coupes en série et c'est *seulement quand on arrive vers le milieu de la coupe qu'on trouve cette connexion évidente.*

Ce que je viens de dire se réfère aux vésicules récentes et isolées, mais quand on fait une biopsie sur une vésicule bulleuse due à la confluence de deux ou trois vésicules on ne peut pas avoir une idée exacte de ce qui s'est passé, car le conduit sudorifère après différentes modifications de forme est si altéré qu'on ne peut pas reconnaître si la vésicule, au moment de sa formation, a été produite par *la rupture* du canal excréteur ou non. Cependant une bonne coloration permettra de voir la spirale du canal excréteur dans l'épaisseur de la couche cornée (figure 6) au-dessus de la vésicule, spécialement quand la couche cornée est épaisse, parce que, comme on le sait, le canal sudorifère, arrivé au niveau du corps muqueux de Malpighi, pénètre dans l'épiderme et suit un trajet différent suivant que l'épiderme est épais ou mince. Si l'épiderme corné est épais le conduit sudorifère y décrira toute une série de tours de spire comme on le voit dans la figure 6, si l'épiderme est mince, au contraire, le conduit est presque rectiligne et décrit seulement une légère courbe tout près de sa terminaison.

D'après mes constatations, l'altération du conduit sudorifère se produit par l'éclatement du conduit même, *éclatement* qui produit un véritable contre-coup à la périphérie de la vésicule et provoque la déformation et l'éloignement de la portion restante du conduit.

La sueur filtre à travers le conduit sudorifère, la vésicule s'accroît et le liquide ne pouvant plus soulever la couche cornée résistante cherche à se frayer un chemin en tous sens et il se produit alors le refoulement de la couche épineuse et la déformation et l'éloignement de la partie restante du canal excréteur, toujours sous l'influence de l'accumulation du liquide sécrété par l'appareil sudoripare.

Il y a donc des différences d'une biopsie à l'autre, car le phénomène de vésiculation passe aussi par des aspects différents, suivant que la vésicule est en voie de formation récente, bulleuse ou cliniquement sèche et affaissée.

J'ai voulu faire, à ce propos, une biopsie sur une *vésicule*



sèche et affaissée. Dans cette biopsie (figure 7) on ne voit pas la vésicule qui s'est desséchée et s'est terminée par une desquamation visible de l'épiderme. On remarquera dans cette coupe le tissu inflammatoire au voisinage du peloton sudoripare.

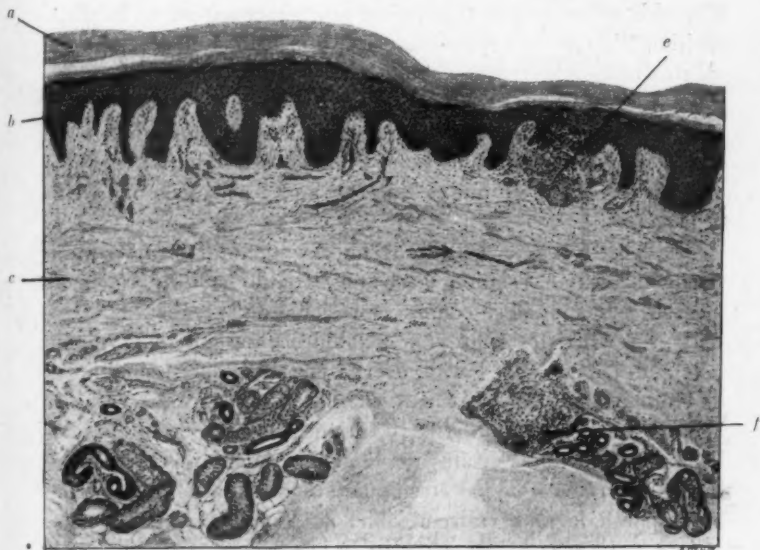


Fig. 7. — Cette figure représente une biopsie pratiquée sur une vésicule cliniquement sèche et affaissée de dyshidrose vraie. Dans cette coupe on ne voit pas la vésicule qui s'est desséchée et s'est terminée par une desquamation visible de l'épiderme. De parti pris, j'ai voulu faire une biopsie sur la place de la vésicule desséchée. On remarquera dans cette coupe le tissu inflammatoire au voisinage du peloton sudoripare.

Coloration hématoxyline, éosine. Grossissement, 80 : 1 :

- a, couche cornée ;
- b, corps de Malpighi ;
- c, derme ;
- e, tissu inflammatoire ;
- f, tissu inflammatoire au voisinage du peloton sudoripare.

### RÉSUMÉ

Le type morbide « dyshidrose » tel qu'on le concevait depuis 40 ans, ne constitue pas une entité vraie, c'est un syndrome qui peut être réalisé par une infection mycosique, par des irritants

chimiques ou par un état morbide qui est très probablement celui que Tilbury Fox a décrit en 1873.

I. — Il existe un type vésiculeux dans lequel on retrouve des lésions élémentaires objectivement proches de celles de la dyshidrose de T. Fox et qui est dû à l'action de parasites mycosiques. Il semble même que ce type puisse provoquer autour de lui l'apparition d'un autre type vésiculeux, non parasitaire et qui ne montre anatomiquement aucune relation avec un trouble sudoripare.

II. — Il existe un autre type caractérisé par la formation de vésicules dyshydrosiformes sous l'influence d'irritations chimiques ou physiques et qui se rattache aux eczématisations artificielles.

Ces deux types de pseudo-dyshidrose ne montrent anatomiquement aucune relation avec un trouble sudoripare, mais naissent par spongieuse comme la vésicule de l'eczéma.

III. — Il existe, enfin, une dyshidrose essentielle, typique, telle que Tilbury Fox l'avait décrite en 1873 (cheiropompholyx de Hutchinson). D'après mes recherches la dyshidrose vraie de Tilbury Fox semble due à la rétention sous l'épiderme hors des conduits sudorifères éclatés de la sueur abondamment et rapidement sécrétée et ne pas être de nature parasitaire. Cette pathogénie paraît la plus vraisemblable, car l'étude histologique des lésions montre que la formation de la vésicule semble due à la rupture du conduit excréteur de la glande sudoripare, dans son passage à travers l'épiderme, rupture formant les vésicules qui paraissent au début profondément enchâssées dans la peau et qui soulèvent ensuite la couche cornée et finissent par former dans plusieurs cas des véritables bulles multiloculaires.

A l'appui de la pathogénie sudorale je dois signaler les guérisons complètes, sans récides, obtenues par le Dr Noiré à la suite d'applications radiothérapiques qui ont provoqué l'oblitération des glandes sudoripares.

Enfin j'ai trouvé toujours que les vésicules de dyshidrose vraie ont leur siège dans la couche épineuse interpapillaire (ou sont situés les canaux excréteurs des glandes sudoripares) et non pas au sommet des papilles.

*Quoique la théorie mécanique de T. Fox reste encore vacillante, la dyshidrose vraie, typique, a certainement une relation avec l'exagération de la sécrétion et ne constitue pas un syndrome qui soit toujours réalisé par une infection parasitaire.*

## TRAITEMENT

Le traitement des dyshidroses découle de leur pathogénie. Avant de traiter une éruption dyshidrosique il faut s'assurer d'abord (par des examens microscopiques des squames et, au besoin, par des cultures) s'il s'agit d'une épidermomycose dyshidrosiforme. Si on n'a pas l'habitude de ces recherches et si on ne sait pas quelle lamelle épidermique choisir pour l'examen et bien l'éclaircir dans le bain potassique, on passera certainement à côté du diagnostic, comme le dit justement Sabouraud. D'autre part, il faut noter que l'on ne trouve pas toujours des filaments mycéliens dans tous les toits des vésicules d'épidermomycose dyshidrosiforme. Ce phénomène je l'ai remarqué plusieurs fois dans les mêmes cas de lésions dyshidrosiformes d'origine mycosique : l'examen direct de nombreuses vésicules montre, souvent au premier coup d'œil, des filaments mycéliens couvrant la préparation, mais dans d'autres vésicules on ne peut mettre en évidence aucun parasite. Dans ces conditions il faut répéter l'examen sur plusieurs vésicules, pour faire le diagnostic. Je pense que, dans ces cas, le parasite peut, en traumatisant les téguments, provoquer, autour de lui, l'apparition d'autres vésicules, de même nature que celles de l'eczéma.

Dans les cas d'éruptions dyshidrosiques d'origine chimique ou physique, l'interrogatoire du malade permet presque toujours de faire le diagnostic différentiel.

Toutes ces causes éliminées, il reste la dyshidrose vraie. C'est seulement sur le traitement de cette affection que je m'arrêterai. Le traitement de la dyshidrose vraie fait par toutes les pommades couvrantes est purement illusoire. Le seul traitement valable, comme nous l'avons expérimenté dans le laboratoire du Dr Sabouraud, est la radiothérapie, qui atrophie les glandes sudoripares et amène à la guérison complète, sans récides. La technique à suivre est celle (indiquée par Noiré) du traitement de l'hyperhidrose palmaire. C'est-à-dire de 3 à 5 irradiations de rayons X sans filtre, espacées de 15 jours, en faisant absorber à la peau chaque fois 5 H d'un rayonnement 6 du radiochromomètre de Benoist.

## BIBLIOGRAPHIE

- SABOURAUD (R.). — Sur l'existence fréquente d'un soi-disant eczéma des doigts et des orteils du à l'*Epidermophyton inguinale*. *Annales de Dermat. et Syph.*, 1910, p. 289.
- SABOURAUD (R.). — A propos de la dyshidrose. *Bulletin de la Société Française de Derm. et de Syph.*, n° 3, 1922, p. 102.
- DARIER (J.). — Dyshidrosis, its parasitic nature. *Lancet*, 27 sept. 1919, p. 578.
- MILIAN et PÉRIN. — Dyshidrose et syphilis. *Bulletin de la Société Française de Derm. et Syph.* (séance du 10 nov. 1921).
- BONNET. — Contribution à l'étude de la dyshidrose. II. Jouve, éd., Paris, 1889.
- LEGRAIN (P.). — Recherches au sujet de l'origine mycosique de la dyshidrose vraie, typique et des éruptions dyshidrosiformes. *Premier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue Française*. Masson, éd., Paris, 1923.
- FOX (T.). — On dysidrosis. *The American journal of Dermatology*, 1873, p. 1.
- BREDA. — Il pomfolicc, osservazioni cliniche-istologiche. *Rivista clinica e terapeutica*, ottobre 1891, p. 547.
- WILLIAMS. — The anatomy of cheiro-pompholyx. *British journal of Dermatology*, oct. 1891, p. 303.
- CROCKER (R.). — Dyshidrosis or cheiro pompholyx. *British med. journal*, 8 déc. 1877, p. 803.
- GOUGEROT (M.). — Les dyshidroses vraies (sans mycoses) et les épidermomycoses dyshidrosiformes, les cas mixtes ou dyshidroses secondairement infectées. *Premier Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue Française*. Masson, éd., Paris, 1923.
- FAREZ. — De la Dyshidrose. Maloine, éd., Paris, 1897.
-

## UN CAS D'ÉPITHÉLIOME SPINOCELLULAIRE TRAITÉ ET GUÉRI PAR UNE SEULE SÉANCE DE RAYONS X.

Par le Docteur MAURICE GANZONI  
de Winterthur.

La question du traitement du cancer spinocellulaire vient d'être reprise au congrès du cancer à Strasbourg en juillet 1923 et des opinions différentes y ont été énoncées.

M. Darier et ses élèves et tout dernièrement Mlle Eliascheff, dans son travail sur l'épithélioma pagétoïde, paru dans le n° 7 des *Annales de Dermatologie* 1923, émettent la théorie de l'insensibilité des cancers spinocellulaires aux rayons X. Cette théorie repose évidemment sur d'innombrables expériences faites à l'hôpital Saint-Louis et ailleurs. Mais d'autres auteurs prétendent que le cancer spinocellulaire est curable par les rayons de Röntgen et qu'il guérit comme l'épithélioma basocellulaire; ils pensent qu'il ne s'agit que d'une question de dosage des rayons et que la dose applicable à l'épithéliome spinocellulaire doit être beaucoup plus forte que celle qui guérit l'épithéliome basocellulaire.

Comme ce chapitre est encore en pleine discussion, j'estime que le cas suivant peut présenter un certain intérêt pratique et actuel.

### OBSERVATION

Mlle B..., âgée de 65 ans, vient me consulter le 16 octobre 1922. Elle porte sur la tempe gauche une tumeur ulcérée de 4-5 cm. circonscrite par un ourlet dur, de consistance cartilagineuse et mesurant 1 cm. à 1 cm. 5 de hauteur. La malade raconte que cette tumeur est apparue il y a 3 ans 1/2 environ et qu'elle a débuté par une petite saillie verruqueuse, restée longtemps stationnaire et qui ne s'est développée que très lentement. Ce n'est que depuis 2 mois que la lésion a

pris un aspect inquiétant, l'ulcération s'étant agrandie de plus de la moitié durant cette courte période. Aucune adénopathie régionale suspecte. Une biopsie est pratiquée et l'analyse faite par M. d'Alberтини, chef de l'institut pathologique de l'hôpital cantonal de Lucerne donne le résultat suivant :



Fig. 1. — Aspect le 16 octobre 1923.

Tissu constitué par de larges et solides rangées de cellules. Ces cellules sont claires et à grands noyaux entourés de beaucoup de cytoplasme; elles sont reliées entre elles par des filaments très nets qui traversent les espaces plasmatiques intercellulaires. Nombreux globes épidermiques cornés dans les rangées cellulaires. Le stroma conjonctif est étroit; il est parsemé de lymphocytes très abondants par place; ailleurs, il est en dégénérescence hyaline et donne l'impression de bandes homogènes assez larges. Il s'agit donc d'un *épithélioma spinocellulaire* typique, dont voici une photographie. Le 18 octobre 1923, j'appliquai une seule séance de rayons X. 75 à 80 X filtrés par 4 mm. d'aluminium, dose correspondant à peu près à 2 fois  $1/2$  la dose érythème. Appareil de Siemens, inducteur pour thérapie profonde avec tubes Coolidges. Durée de l'application : 50 minutes. Distance focale de 25 cm.

Intensité de courant de 2,5 milli-ampères.

Tension correspondant à une longueur d'étincelle de 33 cm. mesurée aux pôles du tube.

La tumeur fondit complètement dans les semaines suivantes et la plaie roentgénienne se cicatriza lentement sous l'action de pommades

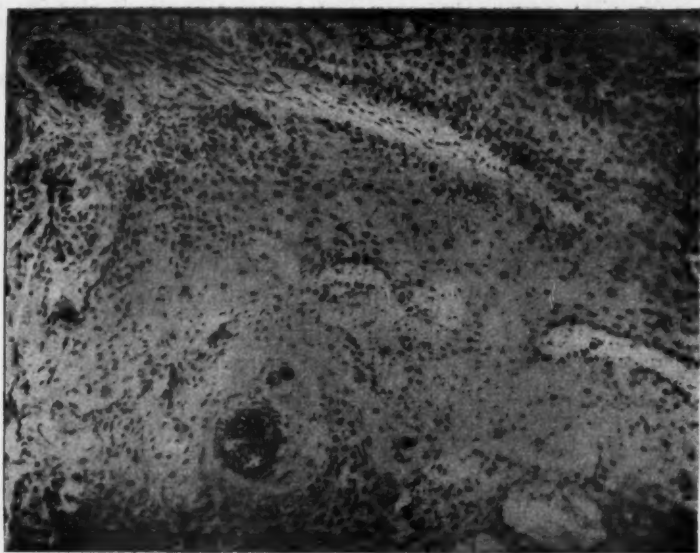


Fig 3.

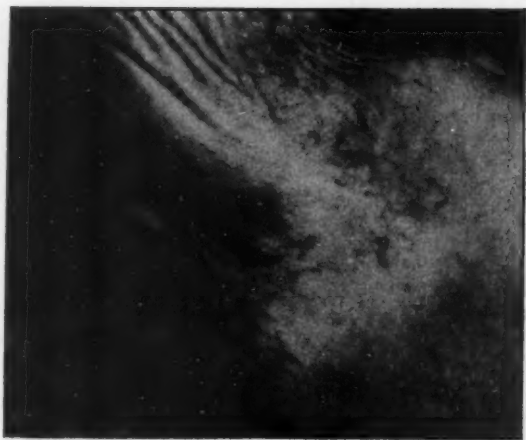


Fig. 3. — Aspect 8 mois après le traitement le 20 juillet 1923.



et des rayons de la lampe à mercure. Au début de janvier, la guérison de la plaie était complète. Dès lors, aucun changement d'aspect, si ce n'est l'apparition de vaisseaux sanguins dans la cicatrice plane et claire. La photographie précédente date du 20 juillet 1923.

Je n'ignore pas qu'on a déjà publié des cas d'épithéliomes spinocellulaires guéris par les rayons X, dont le cas de M. Gunselt, par exemple, communiqué le 25 novembre 1922, à la séance de la Société médicale du Bas-Rhin, et les deux cas de M. Miescher, publiés dans la *Gazette Médicale Suisse*.

J'ai tenu à relater ce cas, car les adversaires de la Röntgen-thérapie du carcinome spinocellulaire sont encore nombreux. Et j'estime que la méthode employée ici est capable de fournir d'excellents résultats; ceux-ci ne dépendraient que de la dose employée et peut-être aussi de la longueur d'onde des rayons.

---



## ICTÈRES TARDIFS AU COURS DU TRAITEMENT DES SYPHILITIQUES PAR LE BISMUTH

Par le Docteur JOSÉ MAY

Médecin Chef de la Policlinique Dermatologique de l'Hôpital Maciel (Montevideo).

Je viens d'observer un cas d'ictère apparu tardivement chez un syphilitique soigné exclusivement par le bismuth,

En réalité c'est le troisième cas que j'ai observé. Dans le premier il s'agit d'un malade qui au commencement de cette année, vint me consulter, désirant connaître mon avis sur son état, car il ne se trouvait pas bien depuis une vingtaine de jours.

Son histoire est brève : commis-voyageur, il a, dans un de ses voyages à l'intérieur du pays, présenté un chancre suivi de manifestations secondaires.

Le médecin de la Société dont il fait partie, fait le diagnostic de syphilis, et le soigne avec le produit français Luatol. Il lui fait une série de dix-huit piqûres, et après un délai de deux mois environ, lui fait une deuxième série de quatorze piqûres. La dernière a été faite il y a bientôt trois mois.

A l'examen clinique il ne présente aucune manifestation cutanée, ni muqueuse de syphilis. Tout son tégument est jaune, ses sclérotiques sont jaunes. Le foie est gros, douloureux. Il présente en même temps tous les symptômes digestifs habituels, diminution de l'appétit, nausées, constipation. Les urines sont de couleur foncée.

Il entre dans mon service à l'Hôpital Maciel. On lui fait des analyses d'urine, et on trouve de la bile, des pigments biliaires.

Le cas évolua rapidement; la semaine suivante il se trouva mieux, son ictère diminua, le foie était moins gros, un peu douloureux; la semaine suivante on ne trouva plus de bile, ni de pigments biliaires dans les urines, seulement une coloration jaune très atténuée, restait encore à la sclérotique.

Ce malade eut donc un ictère qui évolua dans le délai d'un mois, avec tous les caractères cliniques d'un ictère catarrhal, sur-

venant tardivement, trois mois après un traitement fait avec le Luatol.

Le deuxième cas que j'ai vu, est un malade de la polyclinique, F. Sab. n° 2084, qui, l'année précédente (1922) avait eu un chancre syphilitique avec R. B.-W. (Ho) positive. On lui fait une série de quinze piqûres avec une préparation d'antimoine et de bismuth.

Après cette série de piqûres, la R. B.-W. devient (H8) négative. Il resta en observation, sans traitement. A l'endroit du chancre, apparaît une nouvelle ulcération, dans laquelle on trouve à l'ultramicroscope des tréponèmes. La R. B.-W. reste toujours négative.

On le soigne avec le tarsal (c'est un produit contenant tartro-bismuthique de potasse et de soude qui contient 0 gr. 20 de bismuth métallique par centimètre cube) et on lui fait une série de vingt piqûres, la dernière au mois de Novembre 1922.

Au mois de février dernier, il vient nous consulter, complètement jaune. Il avait commencé à souffrir de l'estomac depuis huit jours.

Il a un ictère net; foie gros, un peu douloureux, les urines foncées, de couleur acajou. La couleur devient plus accentuée, les troubles digestifs furent tellement accusés qu'il ne toléra que de l'eau et du jus de fruits. L'évolution vers la guérison se fit lentement, et un mois après il était complètement guéri de son ictère, qui évolua comme un ictère catarrhal intense.

Après nous lui avons fait une nouvelle série de piqûres avec le tarsal et il se trouve bien maintenant.

Quand son ictère a été presque disparu, songeant au cas antérieurement vu, nous avons pensé, à la possibilité de nous trouver en face des ictères tardifs, tels que les ictères tardifs des malades soignés par les arsenicaux. La recherche du bismuth faite à ce moment a été négative.

Mais, nous voilà de nouveau en face d'un troisième malade de la Polyclinique, Alfred Din., A. A. L. T., dans le registre, qui vient nous voir au mois d'août avec un ictère.

Voici ses antécédents : au mois de mai 1922, il eut un chancre syphilitique avec R. B.-W. (Ho) positive; on lui fait 21 piqûres de tarsal; la première, le 15 décembre et le 8 janvier 1923, la R. B.-W. est négative (H8), le 5 février elle devient positive.

On lui fait irrégulièrement des piqûres de tarsal, et il reçoit

treize piqûres jusqu'au 15 mai dernier. Le 15 juin la R. B.-W. est (H8) négative, et donne le même résultat le 8 juillet, le 3 août.

Comme il ne se trouvait pas bien, le 15 août il vient à la Polyclinique et l'externe lui fait une piqûre de tarsal.

Il revient le 27 août, avec un ictère. Son foie est gros, douloureux à la pression, dépasse de deux travers de doigt le rebord costal; il présente des troubles digestifs.

Il nous dit que depuis quinze jours à peu près, il ne se trouvait pas bien, souffrant de la tête et après de l'estomac.

On lui fait une R. B.-W. qui est (H8) négative, et la recherche du bismuth dans les urines, faite au laboratoire de l'hôpital Maciel, est négative; faite par M. Prunell on trouve des traces.

Je l'examine de nouveau le 4 septembre; l'ictère est plus intense d'une couleur jaune foncé, le foie est gros, douloureux; les troubles digestifs sont plus accentués. On lui prescrit un régime de fruits, bouillons de légumes, urotropine.

A un nouvel examen fait quelques jours après, il présente encore les mêmes symptômes. Le 14 septembre il se trouve mieux; il est moins jaune; ses troubles digestifs sont atténués, évoluant vers la guérison.

Je n'ai pas pu suivre jusqu'au bout l'évolution de ce cas. le troisième des cas que j'ai vus chez les malades traités avec le bismuth, survenant tardivement, deux mois après la dernière piqûre, car l'injection faite le 15 août au troisième malade, n'est pas, à mon avis, un facteur qui modifie l'interprétation du cas, puisqu'au moment où on lui a fait cette piqûre, il ne se trouvait déjà pas bien.

C'est pour cela que nous croyons être devant le même problème, qui se pose à propos des ictères tardifs des syphilitiques soignés par l'arsenic.

Sont-ils ces ictères tardifs des hépatorécidives, comme le veut M. Milian chez les syphilitiques soignés avec l'arsenic? Ou bien sont-ils des troubles toxiques produits par l'action du bismuth sur la cellule hépatique? Où sont-ils tout simplement, des ictères catarrhaux évoluant sur un terrain syphilitique?

Nous ne nous croyons pas en état de résoudre ce problème: cette note a pour but d'attirer l'attention de nos confrères sur l'apparition possible d'ictères tardifs au cours du traitement des syphilitiques par le bismuth.

Seulement je dois signaler un fait, que j'ai vu personnellement : un syphilitique secondaire, qui présentait un ictère en même temps que la roséole, le malade Augustin Castr. n° 2011, fut soigné avec le tarsal et l'évolution de ce cas fut la suivante :

20 mars : Roséole discrète, ictère ; 1<sup>re</sup> piqûre.

22 mars : 2<sup>e</sup> piqûre.

24 mars : Ictère et roséole très atténués, bile dans les urines ; 3<sup>e</sup> piqûre.

27 mars : Ictère presque disparu, il n'y a plus de bile dans l'urine, il n'y a que des pigments biliaires, 4<sup>e</sup> piqûre.

29 mars : Teinte ictérique disparue ; il n'y a plus de bile ni de pigments biliaires dans les urines.

Comme on peut voir, il y a eu une rapide évolution vers la guérison de l'ictère de la période secondaire, ce qui nous fait croire que les ictères tardifs ne sont pas le résultat d'une action toxique du bismuth sur la cellule hépatique.

Maintenant nous nous bornons à poser le problème dont la solution reste à trouver par des observations ultérieures et plus nombreuses.

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFLUENCE DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE SUR LE COURS DE LA SYPHILIS.

Par le docteur Pr. VAICIUSKA,

Général Lieutenant du Service de Santé de l'Armée lithuanienne.

Les rapports entre la syphilis et d'autres maladies infectieuses ont depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens. Toutefois, peu de résultats pratiques ont été acquis jusqu'à présent dans ce domaine, et en tout cas, bien moins que dans ceux de la pathologie et du traitement. Les opinions à ce sujet sont d'ailleurs très partagées.

D'après Héricourt, au Congrès de la tuberculose en 1905 on a conclu que, « les relations de la syphilis et de la tuberculose sont des plus étroites » et que « la syphilisation, acquise ou héréditaire, crée un terrain d'élection pour la tuberculisation ». Bouschke dit qu'on ne peut pas affirmer, en général, qu'une influence certaine soit exercée par la tuberculose et par d'autres maladies infectieuses sur le cours de la syphilis dans le sens d'une aggravation bien qu'on ne puisse pas nier que cela soit probable sinon certain dans des cas particuliers et plus spécialement dans des cas d'exanthèmes hémorragiques. Cet auteur a eu, au contraire, des observations isolées qui font voir que les maladies infectieuses intercurrentes, par exemple la scarlatine, exercent en apparence sur la maladie, une influence à tel point favorable qu'elles peuvent même provoquer la disparition des exanthèmes.

Il convient de mentionner à ce propos qu'il y a eu des tentatives d'utiliser les maladies infectieuses dans un but thérapeutique. C'est ainsi que l'érysipèle a été appliqué, d'après Ménétrier, au traitement du cancer et du sarcome par Fehleisen, Buch, Geisler, Bull, Billroth, Hutchinson, Finney, Weichel, Lussava, Czerny, Breclert, Kleeblatt, Wylth, Bidloth, Brunhs, Plenio, Langenbusch, Senger, Narthrop.

Coley et Kleeblatt ont obtenu la guérison du sarcome à la suite d'une infection par la culture d'un streptocoque d'érysipèle dans les deux semaines ayant suivi la suppuration.

À côté de la bactériothérapie, il faut considérer la sérothérapie qui, d'après Belcer, « a peut-être un grand avenir » dans la thérapie de la syphilis. Mais les infections faites par Richet, Tommasoli, Fournier et Feulard, Kollmann, G. Mazza, Neisser, Kraus, Brandweiner, Spitzen, Fenger, Triboulet, Landsteiner, Tarnowsky, n'ont donné que des résultats contradictoires.

De même que la sérothérapie au moyen du streptocoque appliquée au cancer par Emmerich, Scholl, la sérothérapie luetique ne paraît produire qu'un simple effet tonique. Cette circonstance semble être une preuve que dans la bactériothérapie il s'agirait avant tout de l'action des corps bactériens sur la maladie antérieure.

Quelle espèce de virus doit-on choisir pour être employé comme moyen de traitement? *A priori*, il résulte de nos connaissances sur la syphilis, que les bactéries qui sont moins, ou autant virulentes que l'infection existante, elles-mêmes doivent être laissées hors de cause. Il arrive en effet que dans les lésions syphilitiques cancéreuses beaucoup de microorganismes différents peuvent coexister sans exercer aucune influence générale et, d'autre part, la tuberculose, quoique répandue dans l'organisme, mais inactive, ne se traduit que par un dommage double.

Or, les exanthèmes aigus, c'est-à-dire tels qu'ils sont produits par le virus circulant dans les sucs, peuvent, à cause d'une lutte intensifiée pour la vie bactérienne, se traduire par un effet bien-faisant sur le cours de la première maladie. Naturellement, les expérimentateurs se trouvèrent arrêtés par les graves inconvénients et les dangers que comportent, en ces matières, les tentatives d'expériences pratiques. On a donc dû se borner, du moins jusqu'à présent, dans la question de la syphilis aux simples observations.

Concernant le rapport entre le typhus exanthématique et la syphilis, je n'ai pu colliger qu'un cas rapporté par le docteur Teglassy, le professeur agrégé à l'Université de Budapest. Un homme de 36 ans a contracté pendant la guerre la syphilis primaire. Il s'est fait faire trois séries de traitement à 12 injections de salicylate de mercure et 18 intercalaires de néosalvarsan. La réaction de Wassermann après chaque série restait

positive. Cependant, les symptômes cliniques avaient disparu. Cet homme est tombé malade du typhus exanthématique et au bout de cette fièvre éruptive, R.-W. se montrait déjà négative. Ce cas fut exposé à une réunion des médecins à Laibach en 1917.

Mon observation ne remonte qu'au 4 janvier de l'année passée, époque à laquelle était venue à ma consultation, à Lazdijai (Lituanie), une employée des postes, âgée d'environ 22 ans, vierge, chétive et nerveuse, au teint mal coloré. Elle a eu un petit ulcère un peu induré sur la lèvre supérieure. La lésion n'étant pas caractéristique, j'ai prescrit un onguent au précipité de mercure à 2 o/o. Après une semaine, l'ulcère évoluait en chancre syphilitique indolent aux adénopathies sous-maxillaires. Elle a expliqué qu'à la pension où elle avait demeuré, il y avait une servante présentant une éruption sur le front et à la voix enrouée. Emplâtre de mercure et après calomel. Dix jours après, le chancre allait vers la guérison. Le néosalvarsan ne pouvait être appliqué, car chez la patiente étaient constatées la névrose du cœur et la chlorose.

Bientôt sont apparues la roséole, les papules avec la couronne de vécus et l'angine syphilitique. L'expansion de l'éruption était spécifique. Pas de fièvre. Placée à l'Hôpital Municipal, elle fut soumise aux injections de salicylate de mercure et aux applications de sublimé sur les plaques muqueuses. Après deux séries de traitement, l'éruption était disparue, mais l'angine, les adénites sous-maxillaires occipitales, parasternales et cubitales et les condylomes siégeant à la vulve et à l'anus avaient diminué, mais restaient encore apparents. J'avais déjà l'intention d'appliquer le sulfarsénol ou le bismuthotartrate, comme c'est préconisé par Démoulin, mais un accident inattendu est survenu qui a fait prendre à la marche de l'affection une autre direction.

En effet, dans le même hôpital étaient également soignés des malades atteints du typhus exanthématique. La malade en question ayant entendu mon entretien avec un vieil aide-médecin, au cours duquel je rappelais qu'il y a eu des cas de guérison de la syphilis à la suite d'un exanthème aigu dangereux, elle assista aux travaux des infirmiers dans la baraque avec l'intention de s'infecter. En mars, elle tomba effectivement malade. Le typhus exanthématique était ordinaire, à éruption pétechiale, avec une haute température, qui baissa d'une manière critique vers la fin de la deuxième semaine. La rate était augmentée, mais le foie et d'autres organes internes restaient normaux. Après cette maladie traitée symptomatiquement, disparurent aussi tous les symptômes de la syphilis. La réaction de Wassermann faite en mai, après la période de convalescence, donna des résultats négatifs. La patiente commença à vaquer de nouveau à son service et sans présenter aucun signe de la syphilis. Elle s'est mariée au printemps passé et se trouve actuellement en état de grossesse qui se passe tout à fait normalement.



Bien entendu, il s'est passé trop peu de temps pour pouvoir affirmer une guérison définitive.

Le rôle du typhus exanthématique se laisse comprendre par les investigations très intéressantes de Barykin et Kritsch qui, dans des cas de cette maladie, ont trouvé dans le sang et les organes internes une telle quantité de microorganismes qu'on n'en peut relever de pareille dans aucune autre maladie infectieuse. En 1919-1920, Barykin a séparé, parmi eux, le *Microbion syphi-exanthematici* qui, morphologiquement ressemble à la *Rickettsia Prowazeki* et aux jeunes formes du bacille de Plotz.

Orloff, Tscherepnin, Rosemberg, Krinitzky ont prouvé qu'à cause des microbes se forment des thrombus dans les vaisseaux sanguins les plus fins, les nécroses et le suintement du sang. De cette façon, les microbes s'étendent dans l'organisme en modifiant la formule (Friesse) et les globulines (Eppstern) du sang et en exerçant son action sur les cellules nerveuses et parenchymateuses.

Or, pourquoi aussi les tréponèmes ne pourraient pas essentiellement souffrir en leur vitalité d'une manière directe ?

A l'égard du traitement d'une telle maladie aussi capricieuse que la syphilis, dans l'état actuel de nos connaissances, de pareils accidents conduisent à l'étude de nouvelles voies dans les domaines de la pathologie et de la thérapie.

## LITTÉRATURE

1. — F. BALZER, *Maladies vénériennes*, 1906, Paris.
2. — E. RIECKE, *Lehrbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1920, Léna. Buschke, Syphilis.
3. — BROUARDEL et GILBERT, *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, 1910, Paris, Ménétrier, Cancer.
4. — W. BARYKIN et N. KRITSCH (Moskau), *Mikrobion typhi-exanthematici*, *Arch. für Schiffs-und Tropen hygiene*, 1923, Bd. 27, H. 2.
5. — L. DÉMOULIN, *Traitement de la syphilis par le bismuth*, *Thèse* 1922, Paris.
6. — I. HÉRICOURT, *Les maladies des sociétés*, 1906.



## REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

### **Balanite.**

Sur quelques formes de spirochètes rencontrées dans la balanite (Ueber einige bei Balanitis vorkommende Spirochätenformen) par W. KRANTZ. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 135.

K rappelle les recherches antérieures, particulièrement celles de Friedlander sur les spirochètes observés dans l'urèthre d'un syphilitique. Lui-même a vu : 1° une forme de spirochètes répondant au *S. celerrima*; 2° une autre forme de spirochète de la balanite à spires serrées mobiles par ses extrémités seulement; 3° une troisième variété aussi longue que le pallida, fin, étroit et serré, mais à spires irrégulières; 4° une variété très analogue au pallida, plus épais. Il est probable que ces spirochètes pourraient être identifiés avec les variétés buccales. La variété qui ressemble au pallida a déjà été signalée par divers observateurs.

CH. AUDRY.

### **Blennorrhagie.**

Adénite pelvienne blennorrhagique, par PASINI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 541.

L'auteur rapporte trois observations détaillées d'adénite pelvienne blennorrhagique, en montrant le processus de cette affection. Il accompagne l'épididymo-funiculite intense, en intéressant les vaisseaux lymphatiques de l'épididyme et du canal déférent et en gagnant les ganglions iliaques correspondants. On les reconnaît par l'exploration abdomino-rectale qui perçoit leur intumescence, un peu dolente et fixe, au détroit supérieur du petit bassin. Ils ne tendent pas à suppurer, mais à guérir spontanément; les rayons de Röntgen sont utiles.

F. BALZER.

Urétrites aiguës chez l'homme, par M. M. SÈE. *Encyclopédie française d'urologie*. Tome cinquième 1922, pages 85 à 206.

Dans cette monographie très documentée de l'urétrite blennorrhagique, S. met au point les nombreux travaux parus à ce sujet. Il a suivi toutes ces recherches, et à propos d'elles, apporte les résultats de son expérience personnelle. L'étude clinique et bactériologique de l'urétrite, ses divers modes de traitement, leur valeur sont précisés. Un chapitre sur la prophylaxie, les traitements préventif et abortif termine ce travail où l'on trouvera une foule de renseignements cliniques et thérapeutiques.

H. RABEAU.

L'iodophilie dans le pus blennorrhagique (L'iodofilia nel pus blennorrhagico), par CROSTI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 519.

Bien que glycogène et substance iodophile ne soient pas synonymes, il semble que leur composition chimique dans le pus de la blennorrhagie soit la même, ce que l'on peut contrôler avec la méthode spé-

cifique du carmin de Best. La substance iodophile peut être mise en évidence en exposant le pus en stries humides aux vapeurs d'iode jusqu'à dessiccation. Elle se présente dans les cellules sous forme de grains, surtout dans les leucocytes neutrophiles. Les globules blancs qui contiennent des gonocoques en sont dépourvus. Cette réaction n'est pas spécifique des suppurations gonococciques; elle est plus abondante dans les cas aigus que dans les chroniques; et elle diminue dans les rémissions de l'inflammation. Sa valeur diagnostique est faible. Elle est abondante tant que la cause phlogogène persiste et elle paraît correspondre à la présence des microorganismes.

F. BALZER.

**Vaccinothérapie antigonococcique** (Contributo alla vaccinoterapia antigonococcica), par PORCELLI R. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 558.

Note technique sur le vaccin antigonococcique. L'optimum de réaction pour le gonocoque varie, selon Sidney, Cole et J. Lloyd, entre 7,4 et 7,6 exprimés en degrés de la gamme de Sørensen (voir Ponselle, *Ann. de Derm.*, 1920); selon les recherches de l'auteur, cet optimum est entre 7,2 et 7,8. Le terrain de culture employé a été semblable à celui qui a été indiqué pour le bacille de la coqueluche par Bordet-Gengou (*Ann. Pasteur*, 1906, fasc. IX et 1920, fasc. IX) et employé déjà avec succès par l'auteur et par Porcelli Pietro. Il propose ces modifications: 200 gr. de pommes de terre sont cuites dans un litre d'*aqua fontis* à 115° pendant 15'; le filtrat est recueilli sur toile, additionné de 1 o/o de glycérine et de levure de bière granulée, de 0,5 o/o de NaCl et Na<sup>2</sup>HPO<sup>4</sup>, et 2 o/o d'agar. La réaction finale est entre 7,2 et 7,8. On y ajoute 10 à 20 o/o de sang humain laqué qui modifie très peu la réaction totale. Ce milieu a servi pour la culture du gonocoque et a permis de préparer des émulsions mono et polybactériques détoxiquées d'après le procédé Thomson modifié (*The Lancet*, 28 juin 1919 et *Soc. ital. Dermat. Roma*, 1921). Avec ce vaccin injecté à hautes doses, 1, 2 à 4, 6, 8 milliards de germes, Porcelli R. a obtenu des brillants résultats, dans les cas de blennorrhagie compliqués. Il cite notamment un cas d'endométrite avec bartholinite, salpingite à rechutes, guéri complètement par 10 injections de vaccin détoxiqué.

F. BALZER.

**Traitement ambulatoire de l'épididymite blennorrhagique par le vaccin antigonococcique** (Terapia ambulatoria della epididimite blennorragica merce l'uso di vaccino antigonococcico), par BORELLI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 541.

A la clinique dermosyphiliopathique de Bologne, l'auteur a traité 62 individus affectés d'urétrite gonococcique compliquée d'épididymite, 29 à gauche, et 33 à droite. Le traitement local a consisté dans l'emploi de l'emplâtre à l'iode de Majocchi. Le vaccin antigonococcique était celui de Bruschettini qui lui a paru le meilleur de ceux qui ont été employés. La vaccinothérapie était associée aux antiseptiques urinaux. Elle peut être conseillée même aux malades qui ne peuvent

garder un repos absolu, ou ne veulent pas suspendre leur travail. Le vaccin Bruschetтини s'est montré vraiment efficace contre cette complication de la blennorrhagie.

F. BALZER.

**Auto-hétéro-vaccin antigonococcique**, par M. MINET. *Société de médecine de Paris*, 10 juin 1921.

Emploi d'un auto-vaccin et de la souche 9 Pasteur. Injections sous-cutanées pratiquées 2 à 3 fois chaque semaine, doses allant de 500 millions à 10 à 14 milliards. Eviter la réaction fébrile. Joindre le traitement par lavages. Sur 17 malades, 15 guérisons confirmées, et rapides.

H. RABEAU.

**Le Dmégon dans le traitement de la conjonctivite gonococcique**, par M. GLEWANT. *Archives médicales belges*, novembre 1921.

Action rapide sur les phénomènes inflammatoires, sur la sécrétion. Action analgésiante. Durée du traitement diminuée (4 observations).

H. RABEAU.

**Nouvelles méthodes de traitement de la blennorrhagie et de ses complications**, par M. MOURADIAN, de Beyrouth. *Annales des maladies vénériennes*, mars 1922.

Aucun résultat avec les stoks-vaccins dans la blennorrhagie aiguë ou chronique, action adjuvante des auto-vaccins, résultats plus satisfaisants avec des auto-vaccins polymicrobiens (gono + germe associés). L'auteur étudie un sérum polymicrobien obtenu après inoculation à des moutons de culture de microbes associés.

H. RABEAU.

**Traitement de l'arthrite blennorrhagique avec pyarthrose ou hydarthrose par l'injection sous-cutanée du liquide articulaire**, par MM. DUFOUR, THIERS et Mme ALEXEWSKI. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 novembre 1921.

Deux nouvelles observations démonstratives de malades traités et guéris par cette méthode facile, rapide et inoffensive. Ni la nature du liquide (pus), ni la présence de gonocoques ne sont une contre-indication. Le liquide doit être injecté tel qu'il sort de l'articulation, et aussi souvent qu'on est obligé de recourir à la ponction de l'articulation.

H. R.

**Formation d'iodoforme sur la muqueuse vésicale par les lavages au permanganate de potasse** (Iodoformbildung an der Blasenschleimhaut mittels Kalium hypermanganicum), par K. PREIS. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1922, n° 25, p. 566.

Si l'on fait des lavages de la vessie sur une solution de permanganate sur un sujet prenant de l'iodure de potassium, on perçoit une odeur d'iodoforme.

CH. AUDRY.

**Sclérose des corps caverneux guérie par les rayons Röntgen** (Sclerosi dei corpi cavernosi guarita con i raggi Röntgen), par GUARINI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. III, 1922.

Homme de 54 ans, atteint à 25 ans d'une blennorrhagie de six mois. Pas de syphilis. L'induration siégeait à la face dorsale de la base de

la verge. Courbure dorsale pendant l'érection ; jet d'urine aminci. Wassermann négatif. A la partie inférieure l'induration se propage un peu vers le corps caverneux. Première irradiation le 2 mars, et deuxième le 8, avec 5 H. Irradiations le 15 et le 22 mars, 5 H, sous filtre de 7/10 d'aluminium. Après amélioration, reprise des séances le 20 mai et le 21 juin, le 11 juillet et le 3 août. Revu en mars 1922, le malade semble guéri ; la courbure dorsale du pénis pendant l'érection a cessé ; le coït s'accomplit normalement, la miction est normale. Les indurations scléreuses ont diminué très notablement. Il est à noter que le résultat a été obtenu avec un appareil ne donnant que de faibles intensités.

F. BALZER.

### **Chancre mou.**

**Méthode du traitement du chancre mou et de ses complications,** par M. GOUBEAU. *Annales des maladies vénériennes*, mai 1922.

Voici la technique proposée par G. et employée depuis 1916 avec succès :

1° détersion et nettoyage minutieux de chaque chancre avec du tétrachlorure de carbone pur ;

2° une fois le tétrachlorure évaporé, badigeonnage des chancres avec le mélange ;

arséniate de soude . . . . 1 gramme.

alcool à 95° . . . . 50 centimètres cubes ;

3° laisser évaporer ; nouveau badigeonnage, nouvelle évaporation. Pansement avec une gaze aseptique. Le pansement doit être fait tous les jours, même 2 fois chaque jour les premiers jours, jusqu'à guérison.

Pour les bubons : a) le bubon n'est pas ramolli, injecter en plein ganglion 1 à 2 centicubes d'une solution aqueuse stérile d'arséniate de soude à 1 pour 100. La renouveler tous les jours ou tous les 2 jours ;

b) le bubon est ramolli. Le ponctionner et injecter le mélange extemporané de 2 centicubes de la solution d'arséniate de soude à 1 pour 100 à un demi-centimètre cube d'éther, qui s'évaporant distend la poche ;

c) pour les bubons ouverts, nettoyage minutieux avec  $\text{CCl}_4$ , et badigeonnages avec la solution alcoolique de 1/50 d'arséniate de soude.

H. RABEAU.

**Vaccinothérapie dans le chancre mou,** par M. CRUVEILHIER. *Comptes rendus de la Société de biologie*. Séance du 25 février 1922.

L'auteur utilise le pus chancrelleux, le dilue dans « une assez grande quantité, d'eau physiologique » et après avoir soumis cette dilution durant 1/2 heure à la température de 57°, l'injecte sous la peau ou de préférence dans le derme. Il note au point d'inoculation une réaction inflammatoire qui ne tarde pas à disparaître. Dans 11 cas sur 12 il a obtenu des résultats très favorables qui se manifestent déjà au bout de 24 à 48 heures.

H. RABEAU.

**Gangrène des organes génitaux.**

**Gangrène foudroyante des organes génitaux externes. Reproduction expérimentale de la gangrène chez le lapin,** par MM. MILIAN et PERIN. *Société médicale des hôpitaux, séance du 8 juillet 1921.*

M. et P. observèrent, chez leur malade, une petite érosion du prépuce qui en 48 heures se transforma en une vaste escarre noire au milieu d'une réaction inflammatoire, emportant la presque totalité du prépuce, fièvre élevée 39,5, quelques frissons, malaise général. 60 centimètres cubes de sérum de Leclainche enrayèrent le processus.

Sur frottis bacille abondant, identique morphologiquement au Ducrey, mais poussant bien sur eau peptonée et gélose ordinaire. Le même bacille fut trouvé par hémoculture à la période fébrile.

Les inoculations donnèrent les résultats suivants : souris réfractaire, cobaye; abcès contenant le même bacille, et l'association fuso-spirillaire de Vincent; Lapin, 36 heures après l'inoculation plaque noire à extension progressive, à type de gangrène humide, mort en 5 jours de septicémie. La sérosité reinoculée à un autre lapin reproduit la même gangrène.

H. RABEAU.

**Lymphoadénopathie inguinale.**

**Sur 20 cas de lymphoadénopathie inguino-crurale épidémique** (Sur 20 casi di linfo adénopatia inguino-crurale epidemica), par A. SALÀ. *Polí-clínico*, 1922, p. 717. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechts-krankheiten*, 1922, t. VI, p. 167.

Il s'agit d'une polyadénite subaiguë, hyperplastique, peu douloureuse associée à des altérations sanguines, évoluant vers la guérison en 3 ou 4 mois, avec ou sans induration, ramollissement, ulcération. La maladie paraissait due à un microbe semblable à celui de la fièvre de Malte, les cas étaient connexes à un ictère épidémique. Le microbe s'obtenait en culture pure en partant de la ponction ganglionnaire, mais aussi du sang, de l'urine, etc. Le sang contenait des agglutinines et des précipitines. On n'a pas réussi à inoculer les animaux.

CH. AUDRY.

**Tuberculose de la vulve.**

**Ulcération tuberculeuse primitive de la vulve et de la vessie,** par GRAVAGNA (*Il Policlinico*, 1922).

Jeune femme de 21 ans, prostituée, syphilitique, ayant eu aussi deux blennorrhagies. Elle se présente avec des ulcères arrondis, fongueux à la fourchette vulvaire; au méat la cytoscopie fit voir que ce dernier ulcère se prolongeait dans l'urètre et la vessie. L'urine contenait le bacille de Koch d'une manière constante; inoculation aux cobayes positives. L'examen histologique d'une biopsie de l'ulcère vulvaire montra les lésions de la tuberculose avec bacilles de Koch. Aucun signe de tuberculose du côté des viscères. Il s'agit d'une tuberculose locale primitive ayant débuté à la vulve et atteint secondairement l'urètre et la vessie.

F. BALZER.

## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

### *Syphilis héréditaire.*

Les manifestations osseuses précoces de la syphilis congénitale, l'ostéochondrite et la périostite syphilitiques congénitales dans leurs rapports avec l'extension des spirochètes (Die angeborme Frühsyphilis im Knochensystem, die Osteochondritis und Periostitis syphilitica in ihren Beziehungen zur Spirochätenverbreitung), par P. SCHNEIDER. *Virch. Archiv.*, 1921, t. CCXXXIV, p. 378. Analysé in *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, n° 21, p. 502.

D'après 42 autopsies. Travail trop étendu pour être résumé. Nous nous bornons à en donner l'indication. CH. AUDRY.

La syphilis indirecte, endocrinides syphilitiques, sursyphilis, par le Pr Ch. AUDRY (Toulouse). *Bruxelles médical*, 1<sup>er</sup> décembre 1921.

L'auteur montre comment l'avènement des stigmates sérologiques a permis d'acquiescer la certitude que les dystrophies observées dans la descendance des syphilitiques, appartiennent véritablement à la syphilis, les porteurs devant être considérés non comme des dégénérés mais comme des vérolés. Ces lésions présentent trois caractères fondamentaux insolites : anatomiquement, ni structure, ni parasite spécifique, inefficacité du traitement spécifique, lésions non spécifiques, en ce sens qu'elles peuvent apparaître chez des sujets à sérologie normale, en dehors d'antécédents appréciables, tandis que d'autres causes spécifiques se découvrent parfois à leur origine. Parmi les manifestations de la syphilis indirecte A. distingue : 1° les endocrinides syphilitiques ; 2° les maladies sursyphilitiques.

Les endocrinides des hérédo-syphilitiques sont nombreuses, importantes surtout pendant la période du développement ; tout porte à croire que ces syndromes sont le plus souvent « pluriglandulaires ». Actuellement quelques variétés en sont mieux discernées et A. étudie les endocrinides parathyroïdiennes, thyroïdiennes, hypophysaires. Les endocrinides syphilitiques de l'adulte existent, mais sont encore bien moins précises que les congénitales.

Des maladies *sursyphilitiques* les unes sont bien déterminées maintenant, les autres encore mystérieuses. Le type en est l'épithéliome qui se développe sur une leucokératose de la langue. D'autres sont moins avérées ; on aperçoit la syphilis chez des jeunes femmes porteuses de cancers précoces de l'utérus, derrière bien des néoplasmes anorectaux, etc... Nous ne savons pas jusqu'où s'étend le champ de la sursyphilis, tout porte à croire que le tissu épithélial n'est pas le seul capable d'être dévié d'une manière indirecte et passive. Bien probablement il y a de la syphilis héréditaire ou acquise sous beaucoup de leucémies.

Ce sont toute une série de recherches qui permettent de préciser ces points dont l'importance considérable est mise en lumière par le Pr Audry. H. RABEAU.



**Péritonite exsudative chronique par syphilis héréditaire**, par MM. ACEINE et CASAUBON. *Archives de Médecine des enfants*, n° 5, mai 1922.

Il s'agit d'un hérédo-syphilitique présentant des stigmates cutanés et osseux, Wassermann positif, chez lequel à l'âge de 16 ans, on constate un épanchement ascitique à marche chronique. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse envisagé d'abord au début est rejeté à cause de l'apyrexie, des réactions de Mantoux négatives, de l'inoculation au cobaye également négative. Les auteurs s'appuient pour soutenir la nature syphilitique sur : 1° les faits négatifs à l'encontre de la péritonite tuberculeuse ; 2° le fait que le malade est un syphilitique en activité ; 3° l'amélioration évidente de l'état général sous l'influence du traitement spécifique ; 4° les modifications de l'épanchement arrivant à disparaître dans chacun des cycles du traitement. H. RABEAU.

**Troubles cardio-vasculaires dans la syphilis congénitale et dans la syphilis germinative** (Herz-und Gefäßstörungen bei Lues congenita undluetischer Keimschädigung), par L. HAHN. *Zentralblatt für innere Medizin*, 1921, n° 30, p. 601.

La syphilis frappe le fœtus par action directe d'une syphilis acquise, et par action toxique sur le germe. C'est principalement des troubles relevant de ce deuxième mode (parasymphilis) que H. s'occupe dans cet article. Il rappelle les différents troubles du fonctionnement des vaisseaux sanguins qui ont été signalés, principalement par Hutchinson, Fournier, et depuis eux par Kraupa : névroses vasculaires, urticaire, hémianopsie, amaurose transitoire, albuminurie intermittente, crampes, paresthésies, etc. Tantôt les troubles dépendent des vaisseaux, tantôt du centre vaso-moteur, tantôt des glandes endocrines. Une sténose mitrale congénitale est extraordinairement fréquente.

CH. AUDRY.

**Etude de 443 cas de syphilis héréditaire et considérations spéciales sur les résultats du traitement** (A Study of 443 cases of hereditary syphilis with especial reference to results of treatment), par WHITE et VEEDER. *The American Journal of Syphilis*, juillet 1922, p. 353.

De 1912 à 1920 les auteurs ont traité et suivi, à la clinique pédiatrique de l'université de Washington, 443 enfants hérédo-syphilitiques dont 197 âgés de moins de 2 ans. Ces enfants présentaient des lésions variées d'hérédo-syphilis cutanée, viscérale, nerveuse. Le but de ce travail statistique est de fixer par des chiffres dans quelles proportions le traitement de l'hérédo-syphilis est efficace et utile au point de vue social. Il est indiscutable que le traitement individuel de l'hérédo-syphilis donne des résultats remarquables mais, envisagés globalement, ces résultats sont médiocres et nullement en rapport avec les dépenses considérables qu'ils entraînent pour l'Etat ou la collectivité qui en assume les charges. Tout d'abord, il est rare qu'un enfant puisse être traité suffisamment longtemps, les parents ne comprenant pas la nécessité de continuer le traitement. Ceci étant posé, voici les résultats obtenus sur 443 enfants soignés plus ou moins régulièrement, comme c'est toujours le cas dans les dispensaires et



hôpitaux. La mortalité par affection intercurrente ou par débilité générale a été de 25 o/o, c'est-à-dire trois fois plus élevée que la mortalité infantile moyenne de la région, 22 o/o seulement des enfants traités ont été guéris et 35 o/o améliorés, 17 o/o présentaient des manifestations d'hérédosyphilis nerveuse plus ou moins incurable. Au point de vue social, ces résultats sont donc peu satisfaisants, or, il n'a pas été tenu compte des avortements et du nombre de mort-nés du fait de la syphilis. 25 o/o de morts et 17 o/o d'incurables qui restent à la charge de la société, voici les résultats auxquels on a abouti avec de gros sacrifices pécuniers ! Sans qu'il puisse être question de négliger le traitement des hérédosyphilitiques, W. et V. considèrent donc, qu'au point de vue de l'intérêt social, il est préférable d'encourager les efforts en vue du traitement rationnel et bien suivi des femmes syphilitiques avant et pendant leurs grossesses, que de poursuivre, au prix de grosses dépenses, le traitement des enfants tarés qui ne donne que des résultats médiocres.

S. FERNET.

### Généralités.

**Syphilis réfractaire et antisymphilitique** (Refraktäre Syphilis und Anti-luetica), par FELKE (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 372).

F. commence par rappeler un certain nombre de cas où l'on a vu les arsénobenzènes privés d'action sur les manifestations cliniques de la syphilis. Il rappelle que si ces cas sont relativement rares, il en existe un grand nombre où une syphilis latente se manifeste par une R. W. positive qu'aucun traitement ne parvient à réduire. Examinant les renseignements qu'on peut retirer de ce que l'on sait à ce sujet à propos du mercure, il rappelle que l'action directement parasiticide de ce médicament a souvent été et est encore contestée. En tout cas, Hg paraît agir principalement par son action sur les cellules de l'organisme plus que par action directe sur le parasite. F. se demande si, malgré une « parasiticide » évidente, les arsénobenzènes n'agissent pas aussi par l'intermédiaire de modifications cellulaires préalables ; d'abord on sait que les formes sous lesquelles les arsénobenzènes s'éliminent dans l'urine ne sont nullement constantes. D'une manière générale il semble que cette différenciation d'une chimiothérapie étiotrope comme celle du Salvarsan, nosotrope comme celle du mercure semble remplacer la pure doctrine chimiothérapique en Allemagne. F. admettrait volontiers que pour le salvarsan comme pour Hg, les cas réfractaires sont ceux où il y a des anomalies dans les rapports qui existent entre les cas et les cellules de l'organisme. Il considère comme rentrant rigoureusement dans la classe des cas réfractaires la réduction de Wassermann irréductible. Si Hg n'est pas parasiticide c'est que les cellules de l'organisme ne réagissent pas assez énergiquement. Il en est de même pour le salvarsan, malgré l'action parasiticide de celui-ci.

CH. AUDRY.

**L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans la syphilis récente**, par MM. GALLIOT et GERBAY, *Paris Médical*, 5 mars 1921.

Ayant recherché l'épreuve de l'hémoclasie digestive (seulement la modification de la formule leucocytaire) dans 24 cas de syphilis primaire et secondaire G. et G. concluent :

« La médication arsénicale paraît être la cause la plus fréquente de l'insuffisance hépatique décelée chez nos malades. Mais cette action des composés arsenicaux sur le foie est loin d'être constante (4 fois sur 17). D'autre part l'infection syphilitique elle-même paraît susceptible de provoquer dès le début de la période secondaire des troubles des fonctions hépatiques que seule l'épreuve de l'hémoclasie digestive permet de mettre en évidence. Dans ces cas le traitement arsenical peut avoir une action favorable ».

H. RABEAU.

**La valeur du facteur non spécifique de guérison en syphilothérapie** (Die Bedeutung des unspezifischen Heilfaktors in der Syphilistherapie), par J. KYRLE. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, n° 6, p. 313.

A côté des médicaments spécifiques, chimiothérapiques, doit subsister une thérapeutique qui agit non pas sur le microbe, mais bien sur les organes ou les tissus, favorisant l'action des remèdes spécifiques. Cette thérapeutique dispose de nombreux agents : ne savons-nous pas que la syphilis guérit spontanément. K. s'est intéressé particulièrement aux ressources qu'on pourrait tirer de la fièvre-thérapie (fièvre thérapeutique) c'est-à-dire de la fièvre artificielle provoquée par les injections de lait, ou de vaccins divers, gonococciques ou autres. En associant Hg seul à des injections de lait : K. a eu de très mauvais résultats (méningo-récidives). Mais il a obtenu au contraire de très bons résultats, au moins immédiats, en provoquant de la fièvre par l'injection de vaccins à des malades auxquels il administrait en même temps du néosalvarsan à la dose de 0,30 (K. a fini par substituer le vaccin antityphique à petites doses intraveineuse à l'arthigon devenu inactif). Présentement, K. réalise aussi un traitement non spécifique par l'adjonction du mirion (un hexamylène-tétramine, diiodé ou gélatineux) qui possède la propriété de provoquer des réactions locales très vives au niveau des lésions

CH. AUDRY.

### Histologie.

**Rôle biologique et clinique des Lymphocytes dans la syphilis** (Die biologische-klinische Bedeutung der Lymphozyten für die Syphilis), par S. BERGEL. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXV, p. 279.

Les graisses et les lipoïdes exercent une action chimiotactique sur les lymphocytes qui les absorbent, les transforment. Le spirochète est chargé de lipoïde. Or l'antigène Wassermannien est essentiellement lipoïde, etc ..

Exposé théorique tout à fait hypothétique, intéressant, et qu'il est impossible de résumer. A lire dans l'original.

CH. AUDRY.

**Présence de fibrine dans les lésions syphilitiques** (Ueber der Vorkommen von Fibrin in Syphilitischen Prozessen), par E. ASBACH. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXIV. Analysé in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. III, p. 57

U. a trouvé de la fibrine dans une grande quantité d'efflorescences syphilitiques, surtout celles qui s'accompagnent d'exsudation : chancre, papules, plaques muqueuses hypertrophiques, syphilides tuberculeuses, gomme. La présence de la fibrine dans la gomme caséifiée est plus douteuse.

CH. AUDRY.

**Sur la participation du tissu conjonctif réticulé à la structure des altérations syphilitiques ou autres du tégument, et sur l'induration dans le chancre** (Über den Anteil feinsten Bindegewebsfibrillen, der sogen. Gitterfasern am Aufbau syphilitischer und anderer Haut-effloreszenzen, gleichzeitig im Beitrag zu ihrer Konsistenz, insbesondere zur Härte der Primäraffektes), par E. ZURHELLE. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXV, p. 251.

Les « Gitterfasern » dont il s'agit ici répondent à peu près à notre ancien tissu réticulé conjonctif, mais mis en évidence par une imprégnation argentique dont la technique est due à Maresch et à Belschowsky. Z. a recherché l'état de ce reticulum dans un grand nombre d'altérations de la peau, syphilitiques ou non. Il pense que le phénomène d'induration dans le chancre est essentiellement dû à la richesse de ce reticulum. Il en est de même dans les processus secondaires et tertiaires, le reticulum ayant son centre dans les vaisseaux sanguins. En cas de lésions syphilitiques le reticulum est associé à la formation des cellules plasmatiques. Dans un cas, il entrait en connexion avec une cellule géante. On retrouve ce tissu réticulé dans la syphilis réticulée, les adénites syphilitiques, la lèpre, le lupus, le psoriasis, les cancroïdes etc. Il manque dans d'autres formations comme la sclérodermie et les cicatrices. On en trouve au pourtour des zones d'inflammation aiguë, mais non dans la partie abcédée, pas plus que dans les syphilides nécrosantes.

CH. AUDRY.

### **Glandes salivaires.**

**Syphilis des glandes salivaires** (Syphilis of the salivary glands), par KEMP et MOORE. *Arch. of Dermat. and Syphil.*, juillet 1922, p. 57.

Revue générale et observations de quatre cas personnels de syphilis salivaire. Dans un des cas il s'agissait d'une tuméfaction bilatérale des glandes sous-maxillaires survenue au début de la période secondaire. Les trois autres observations concernent des gommès des parotides évoluant simultanément avec d'autres lésions tertiaires. Tous ces malades ont guéri rapidement par l'arsénobenzol.

S. FERNET.

**Caractères différentiels entre le tissu de granulation tuberculeux et syphilitique dans les lésions nécrotiques** (Caracteres diferenciales entre el tejido de granulation tuberculoso y sifilitico en las lesiones necroticas), par P. L. ELIZALDE. *Revista de la Asociacion medica Argentina*. Num. 189-90 91.

Le bacille de Koch émet une toxine essentiellement caséogène suivant l'expression de Letulle. Le spirochète ne détermine la nécrose que par une lésion vasculaire oblitérante. L'action destructive exercée sur les éléments cellulaires sera donc moins brutale dans la syphilis

et marquée par l'absence de cet état vitreux caractéristique de la granulation tuberculeuse. Dans les deux processus on rencontre des cellules géantes mais dans la tuberculose ces éléments sont bacillifères, entourés d'éléments cellulaires à disposition folliculaire plus ou moins accentuée. Dans la syphilis les unes sont de véritables masses plasmodiales et paraissent avoir pour rôle la résorption des corps étrangers; elles subsistent au sein du tissu de granulation, parfaitement intactes et colorables. Les autres sont munies d'un noyau énorme ou de plusieurs noyaux plus ou moins altérés; celles qui présentent des modifications régressives de leurs éléments nucléaires se rencontrent à la limite de la zone caséuse mais ne constituent point un centre d'attraction pour les autres types cellulaires comme dans la tuberculose.

Les fibroblastes, éléments communs aux deux processus, périssent dans la syphilis par épuisement et non par syncope blanche, par dégénérescence vitreuse comme dans la tuberculose. Les plasmazellen existent dans les deux maladies et si elles sont sans doute plus abondantes dans la syphilis, elles n'en possèdent pas de ce fait une valeur pathognomonique.

Lorsque sur un même organe, les deux infections évoluent simultanément, les caractères de la tuberculose seront prédominants sur les cellules et les formations cellulaires.

PELLIER.

### Muscles.

**Myosite syphilitique secondaire et gommès syphilitiques des muscles du mollet.** par MM. LEMIERRE et WEISSENBACH. *Soc. méd. des hôpitaux.* Séance du 17 juin 1922.

2 observations. La première concerne une véritable myosite subaiguë ayant débuté brusquement par des phénomènes douloureux en pleine période secondaire d'une syphilis méconnue: tuméfaction dure localisée au 1/3 moyen du mollet gauche, faisant corps avec la masse musculaire; téguments rosés adhérents aux plans profonds dans la région correspondant; pied en extension par contracture musculaire.

La deuxième à trait à des gommès syphilitiques développées lentement et insidieusement dans le corps des muscles jumeaux et péroniers latéraux du côté droit. Ces gommès avaient évolué pendant plusieurs années sans provoquer autre chose que de la lourdeur. Il s'agissait d'une syphilis méconnue et jamais traitée. L'examen révélait en outre une lésion syphilitique tertiaire de la région dorsolombaire, et un nodule gommeux dans les muscles épicondyliens du côté droit.

Guérison rapide pour la première par traitement bioduré et mercuriel, pour l'autre par le 914.

H. RABEAU.

**Sur une forme symétrique de myosite syphilitique des sternocleido-mastoïdiens avec périortite du manubrium.** par MM. LADERICH et TASSIN. *Soc. médicale des hôpitaux.* Séance du 3 juin 1922.

Tuméfaction en V, constituée par la saillie des deux sternocleido-mastoïdiens, qui s'étale et se continue au devant du manubrium, jusqu'au niveau des 3<sup>e</sup> cartilages costaux, débordé latéralement le

sternum. Peau de couleur normale, sans œdème, myosite gommeuse remarquable par sa symétrie, et la coexistence d'une périostite du manubrium. Guérison rapide par cyanure et novarsénobenzol.

H. RABEAU.

## ŒIL.

**L'iritis syphilitique** (Syphilitic iritis), par ZIMMERMANN, *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 25 juin 1921, p. 1818.

D'une longue étude statistique Z. conclut que l'iritis syphilitique est plus fréquente chez les nègres que chez les blancs. Les modifications du liquide céphalo-rachidien ne sont pas plus fréquentes chez les sujets atteints d'iritis que chez les syphilitiques indemnes de cette localisation.

S. FERNET.

**Syphilis de l'œil** (Syphilis und Auge), par E. KRAUPA, *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. V, pp. 112 et 193.

Revue générale extrêmement documentée avec une vaste bibliographie portant seulement sur les travaux publiés pendant les quatre dernières années. A lire dans l'original qui évitera bien de la peine aux chercheurs. Je me borne à indiquer la mention de lésions spécifiques de la conjonctive, de la cornée (chancres, kératite pustuleuse profonde, etc.), la sclérite ulcéro-gommeuse, l'iris (iritis de nature douloureuse, panophtalmie syphilitique), le cristallin (capsulite), la rétine (rétinite précoce, gommeuse, etc.), le glaucome, l'ischémie rétinienne, la névrite optique, les troubles de la pupille et des muscles de l'œil, les lésions de l'orbite, les maladies de l'œil hérédosyphilitique telles que la kératite interstitielle et son étiologie, etc., etc.

CH. AUDRY.

**Fréquence du cercle cornéen dans la syphilis acquise ou héréditaire**, par MM. PINARD et DEGLAIRE. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 23 décembre 1921.

Le cercle cornéen est dû à des lésions de dégénérescence grasse et calcaire, à une diminution de l'élément élastique, à une augmentation de la substance hyaline. Il existe un rapport étroit entre les lésions oculaires et celles des vaisseaux. Le cercle cornéen est une « stéatose cholestérinique », c'est-à-dire une lésion d'artériosclérose, une lésion athéromateuse. Il n'est donc pas surprenant que comme l'artériosclérose il soit souvent révélateur d'une syphilis acquise ou héréditaire.

H. R.

## Oreille.

**Pathologie et traitement de la labyrinthite syphilitique congénitale** (Zur Pathologie und Therapie der kongenitalen Labyrinthsyphilis mit besonderer Berücksichtigung der Salvarsanbehandlung und ihrer Erfolge), par E. SCHLITZER. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. V, p. 250.

Travail de 70 pages, très complet. Personnellement, S. dispose de 33 cas recueillis sur 20.000 cas de maladies de l'oreille et observés entre 2 et 30 ans. 27 fois réaction Wassermann +; 12 fois il s'agissait

de lésions de l'oreille moyenne, et les autres, de l'oreille interne. 3 fois seulement, l'appareil cochléaire était pris seul, les autres fois, troubles cochléaires et vestibulaires. Le traitement énergique et prolongé a donné 35 o/o d'amélioration et 14 aggravations légères dans les cas anciens; 12 cas améliorés et 2 aggravés sur 16 cas récents.

CH. AUDRY.

### Organes génitaux.

**Urétrite syphilitique érythémateuse et papulo-érosive de la période secondaire**, par DE BELLA. *Pathologica*, 15 mars 1922.

Gh.... 33 ans, ouvrier, a eu un chancre de la peau du pénis et diverses manifestations de la période secondaire, il se présente avec un méat urinaire tuméfié et un léger écoulement séro-purulent. La tuméfaction du méat se continue le long de l'urètre jusqu'au bulbe sans interruption, donnant à peu près la sensation de l'urètre contenant une sonde de Nélaton. L'examen microscopique de l'écoulement montre constamment des spirochètes que l'on trouve aussi dans l'urine centrifugée. Les cultures donnent des staphylocoques. L'examen urétroscopique montre une infiltration molle de couleur rouge cuivrée, érosive et diffuse, occupant la région bulbaire et l'urètre pénien. Le traitement par le néosalvarsan, sans médication locale, fit disparaître les spirochètes et alors l'urétroscopie fit voir seulement des lésions de kératose et d'infiltration légère localisées au bulbe.

F. BALZER.

**Syphilis de l'épididyme sans participation du testicule** (syphilis of the testicle confined to the epididymes), par FRASER. *The British Journ. of Dermat.*, juin 1922, p. 195.

En raison de la rareté des cas de ce genre, F. publie l'observation d'un homme de 51 ans qui, 18 ans après avoir contracté la syphilis, présentait une épididymite interstitielle bilatérale, aiguë à gauche et chronique à droite, sans aucune participation de la prostate, des vésicules séminales, ni des testicules. Cette épididymite a guéri facilement par les injections d'arsénobenzol, ne laissant persister qu'une induration nodulaire de la tête de l'épididyme. Ce malade avait eu antérieurement une blennorrhagie et F. pense que cette première infection a favorisé la localisation épididymaire de la syphilis.

S. FERNET.

**Induration plastique du corps caverneux** (Induratio plastica a corporis cavernosi), par M. CEALIC. *Spitalul* (Bucarest), 1920, n° 12, par 380.

Guérison par un traitement mixte (cyanure et arsénobenzol).

PELLIER.

**Gomme de l'ovaire avec spirochètes** (Gomma syphiliticum ovarii mit positivum Spirochaetenbefund), par HUBINYI, PAL et J. BÉLA. *Orvosi Hetilap*, 1921. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 515.

Femme de 29 ans sans autre antécédent qu'un avortement à 3 mois. Depuis un an et demi, douleurs abdominales et hémorragies.

L'extirpation des annexes procure un hydrosalpinx et un ovaire gros.

Le microscope montre les lésions d'une gomme, et par la méthode de Levaditi, on y découvre de nombreux spirochètes.

La réaction de Wassermann est positive.

Ce serait le premier cas de gomme de l'ovaire, et la première constatation de spirochètes dans l'ovaire de l'adulte. CH. AUDRY.

## Os.

**Lésions spécifiques des os crâniens.** Contributo alla conoscenza delle lesioni specifiche delle ossa craniche), par CAPELLI. *Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle*, fasc. II, 1922, p. 436

Homme de 25 ans, dont la syphilis datait de 1915 ; il commença à souffrir de périostites crâniennes en 1916. Après guérison il fut repris en 1919 de nouvelles périostites, cette fois avec suppuration et ulcérations, surtout au côté droit de la tête, ulcérations profondes allant jusqu'à la dure-mère. Traité par une longue série d'injections de novarsénobenzol et ensuite par de l'iodure, il fut amélioré. Mais il eut ensuite un ictus apoplectique affectant le côté gauche du corps qui fut parésié, avec paralysie faciale consécutive. Très affaibli et amaigri, albuminurique, il avait dû revenir à l'hôpital en mars 1921, et il y succomba le onzième jour. — Les lésions crâniennes, à l'autopsie, étaient remarquables par leur extension à tous les os de la calotte crânienne, même l'os occipital, par la disproportion entre les lésions limitées des parties molles et l'étendue des lésions osseuses, par la longue durée de la maladie sans troubles objectifs et subjectifs du côté du système nerveux, malgré la participation de la dure-mère au processus gommeux, malgré les infections septiques et très virulentes consécutives. Les pariétaux, le frontal et une partie de l'occipal étaient rongés et perforés avec des zones de raréfaction et de condensation des os.

F. BALZER.

**Ostéite syphilitique nécrosante de la voûte du crâne avec élimination du pariétal gauche**, par MM. MERKLEN et DESCLAUX. *Société Médicale*, séance du 22 juillet 1921.

Observation d'une femme présentant une large ulcération rectangulaire de 6 cm. sur 9 cm., à fond constitué par du tissu osseux en voie de nécrose. Céphalée nettement localisée, à prédominance nocturne, pas de troubles sensitifs ou moteurs. Guérison par traitement avec élimination 8 mois après d'un vaste séquestre, mettant à nu une dure mère tout à fait saine.

H. R.

**Sur l'ostéite fibreuse et ses rapports avec la syphilis** (Zur Kenntnis Ostitisfibrosa und ihrer Beziehung zur Lues), par W. REICHENBACHER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 337.

Il s'agit d'un cas de tibia de Paget observé chez un homme indemne de syphilis décelable et dont la jambe malade présentait un ulcère d'origine traumatique remontant à plusieurs années.

R. examine la question de savoir si l'ostéite de Paget (ostéite fibreuse de Recklinghausen) est ou n'est pas syphilitique ; il remarque qu'en France l'origine spécifique, héréditaire ou non est communément admise. En



Allemagne, la forme limitée à un seul os, est beaucoup plus connue que celle qui a des localisations multiples.

R. pense qu'il s'agit peut-être d'une lésion d'origine endocrinienne, dans la pathogénie de laquelle la syphilis peut occasionnellement jouer un rôle indirect.

CH. AUDRY.

**Spondylite syphilitique** (*Spondylitis syphilitica*), par JESSNER, MAX et WEIL. *Berlin. klin. Woch.*, 1921-1922. Analysé in *Zentralblatt für Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. II, p. 92.

Femme de 28 ans, traitée depuis plusieurs années pour une tuberculose vertébrale; R. W. +, guérison par le traitement spécifique. Après la première injection, fortes douleurs dans les vertèbres malades; à la radiographie, ostéite du bassin, de l'humérus, de la 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> cervicales, de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> dorsales (noyaux diffus, disséminés, atrophie, sclérose) périostite sur les côtés de la colonne vertébrale.

CH. AUDRY.

**Un cas d'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique** (A case of tabetic Charcot's spine), par FUNSTEN, *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 4 fév. 1922, p. 333.

Une ostéo-arthropathie vertébrale a été observée chez un tabétique âgé de 54 ans. Les lésions étaient d'apparition récente: scolioses proéminence de la 4<sup>e</sup> vertèbre lombaire, immobilité de la partie inférieure du rachis, exagération des symptômes tabétiques des membres inférieurs. La radiographie montrait une énorme hyperostose des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires et du sacrum.

S. FERNET.

**La radiologie dans le diagnostic de la syphilis osseuse** (Il sussidio radiologico nella diagnosi delle sifilide ossea), par PASINI et VIGANO. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 503.

Employée dans des cas divers de périostite simple ou ossifiante, d'ostéite, de périostite gommeuse. Un caractère spécial pour le syphilis est l'augmentation d'opacité de l'os indiquant un processus d'ostéite condensante, en opposition avec le processus raréfiant de la tuberculose. Martinotti d'après des examens faits à Bologne incline vers l'opinion contraire.

F. BALZER.

### **Péritoine.**

**Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire**, par MM. CHIRAY et HENRI JANET. *Bulletin de la Société médicale*, séance du 6 mai 1921.

Cette observation montre que le syndrome pleuro-péritonéal communément attribué à la tuberculose peut être produit par la syphilis. Le début de l'affection par des douleurs sous-hépatiques a donné lieu à des diagnostics erronés. La fièvre au cours d'une pleuropathie persistante et cachectisante fait invinciblement penser à la tuberculose. Enfin les auteurs se demandent si derrière le syndrome pleuro-péritonéal n'existent pas des lésions hépatiques latentes ayant provoqué la double inflammation séreuse.

H. RABEAU.

### Pigmentations.

L'action de la lumière solaire sur une éruption syphilitique (Effet of the sun's light on a syphilitic eruption), par RASCH. *The British Journ. of Dermat.*, févr. 1921, p. 56.

Chez une jeune fille de 19 ans, atteinte d'une syphilis secondaire généralisée floride, R. a constaté l'absence de lésions cutanées sur les parties découvertes qui étaient, par contre, particulièrement pigmentées à la suite de longs séjours au soleil. A la figure, il n'existait des syphilides papuleuses qu'aux endroits recouverts par les cheveux; l'éruption presque confluent du tronc s'arrêtait à la limite du décolleté de la robe; les épaules et les paumes des mains présentaient des lésions tandis que les avant-bras et le dos des mains étaient indemnes.

R. pense que la lumière solaire diminue la virulence des tréponèmes. En effet, il ne peut s'agir d'une résistance particulière de la peau par suite de la pigmentation puisque celle-ci crée, au contraire, habituellement un état d'hyporésistance cutanée locale comme c'est le cas dans la dermatose triangulaire si commune chez certaines femmes. R. se demande si l'action de certaines stations hydro-minérales sur la syphilis ne serait pas due en partie au soleil. S. FERNET.

Contribution clinique statistique sur le leucoderme syphilitique dans le Frioul (Contributo clinico-statistico sul leucoderma sifilitico nel Friuli), par MURERO. *Giorn. ital. delle mal ven. e della pelle*, fasc. 11, 1922, p. 418.

Le pourcentage des leucodermes a été de 45 o/o (Neisser), 25 o/o (Tanturri), 36 o/o (Saintin). Dans un travail qui paraît dans le même fascicule du journal, Bagnoli en relève 56 sur 3.440 malades. La statistique de Murero est de 44 o/o, mais il constate que ce chiffre élevé est tombé à 3 o/o depuis la généralisation de l'emploi des arsénobenzènes dans son service. L'insuffisance ou le retard du traitement est une des causes principales du leucoderme.

Bagnoli fait observer que si le leucoderme peut se produire autour d'éléments roséoliques ou papuleux, dans le plus grand nombre des cas la coïncidence ne peut pas être constatée. F. BALZER.

Leucomélanodermie syphilitique chez une femme enceinte tuberculeuse, par MM. CROUZON et R. de BRUN. *Soc. médicale des hôpitaux*. Séance du 10 juin 1922.

L'intérêt de cette observation réside d'une part, dans l'extension anormale de cette pigmentation (cou, thorax, abdomen, dos, fesses), dans l'aspect des taches achroniques qui paraissent bien succéder à des éléments érythémateux, et d'autre part, dans la présence d'éléments de transition entre une mélanodermie syphilitique et un vitiligo.

M. Sezary ne croit pas qu'on doive attribuer d'une façon systématique l'aptitude à la pigmentation à l'insuffisance surrénale. L'insuffisance hépatique, la dysfonction thyroïdienne, une lésion hypophysaire peuvent déterminer des troubles de la pigmentation analogues.

M. Leri rappelle qu'il a présenté des malades atteints de pigmen-

tation de la muqueuse buccale « véritable vitiligo des muqueuses » chez des syphilitiques. La syphilis est donc susceptible de provoquer des pigmentations cutanées et muqueuses multiples, sans qu'on puisse invoquer exclusivement une lésion des surrénales.

H. RABEAU.

**Syphilide pigmentaire primitive à larges plaques à localisation peu commune** (Sifilide pigmentaria primitiva a larghe placche in sede non comune), par GRAVAGNA. *Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, 27 avril 1921, p. 118.

La curieuse pigmentation observée par G. s'est produite chez un syphilitique quatre mois après un traitement initial de 30 injections de biiodure. Sur les deux mains une large surface d'un brun noirâtre occupe la face dorsale, mais se limite par une ligne droite allant du médius au milieu du poignet. A droite, elle intéresse le pouce, l'index et le médius. A gauche, le pouce et l'index sont épargnés.

Cette pigmentation a disparu en trois semaines d'injections biiodurées quotidiennes.

PELLIER.

**Hypo-et hyperchromies syphiloïdes post-lésionnelles du cou**, par M. GOUGEROT. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 21 octobre 1921.

L'aspect de la syphilide pigmentaire et de la leucomélanodermie du cou de la syphilis secondaire peut être exceptionnellement simulé par des processus non syphilitiques. Il faut se souvenir de ces erreurs exceptionnelles et assurer le diagnostic sur des preuves de certitude : chronologie et antécédent d'accidents syphilitiques cutanés, coexistence d'accidents syphilitiques actuels, céphalée, alopecie, micropolyadénopathie, séroréaction positive par tous les procédés, et après réactivation.

Dans la fausse leucomélanodermie non syphilitique, on note les caractères suivants : début en été, localisation aux régions insolées du cou, triangle du décolletage, coexistence ou antécédent d'accidents érythématosquameux du cou, du cuir chevelu ou d'autres régions ayant les caractères des parakératoses psoriasiformes.

G. publie deux observations de cet ordre.

H. R.

**Les hyperchromies syphiloïdes du cou**, par M. GOUGEROT. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 11 novembre 1921.

J'affirme que dans ces 2 observations la syphilis était absente, qu'il s'agit bien d'hypo et d'hyperchromies consécutives à des parakératoses. Dans la première observation, le Hecht et non le Wassermann fut une seule fois partiellement positif.

H. R.

**La syphilide pigmentaire (à propos de la communication de M. Gougerot)**, par M. MILIAN. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 28 octobre 1922.

M. estime que la syphilide pigmentaire du cou, aréolaire ou en lunule doit conserver toute sa valeur comme stigmathe de la syphilis. La parakératose a de multiples étiologies, la syphilis est quelquefois

de celles-ci. Les observations de M. Gougerot ne suffisent pas à exclure la syphilis. Dans la première, en particulier, il y a un Wassermann deux fois partiellement positif. Dans la seconde, c'est sur un Wassermann négatif et l'absence d'autres symptômes syphilitiques qu'il se base pour la nier.

H. R.

**Le vitiligo est consécutif à une syphilide érythémateuse fruste**, par M. MILIAN. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 20 mai 1921.

Ainsi que M. Pierre Marie l'a le premier affirmé, le vitiligo est une affection d'ordre syphilitique. Si cette étiologie est à peu près universellement admise la pathogénie en reste obscure. La plupart des auteurs se basant sur la lymphocytose rachidienne en font un trouble trophique, bien que la localisation radiculaire ou segmentaire fasse défaut ici. L'auteur a montré que la tache blanche n'était que le séquelle d'une lésion érythémateuse souvent extrêmement discrète mais indiscutable. La biopsie de ces taches montre dans le derme profond des infiltrats péri-vasculaires abondants, analogues aux infiltrats de la syphilis. Enfin les taches leucodermiques peuvent avoir une distribution cyclique et polycyclique absolument identique à celles des syphilides.

H. RABEAU.

### Réinfection.

**Chancre syphilitique de réinfection après traitement mercuriel. Réinfection et syphilis expérimentale**, par M. OPHANIDÈS. *Annales des maladies vénériennes*, mars 1922.

Chancre induré en 1906, traitement irrégulier et insuffisant jusqu'à 1909. Gommès en 1910. 2 mois d'injections mercurielles. Rien depuis. En 1921, nouveau chancre avec tréponèmes, 23 jours après, rapport contaminant. Y a-t-il réinfection ? Nous n'avons actuellement aucun critérium de la guérison.

H. RABEAU.

**Trois cas de réinfection syphilitique** (Tre casi di reinfezione sifilitica), par MINASSIAN. *Giorn. ital. delle mal. véa. e della pelle*, fasc. III, 1922.

Un premier cas fut traité pendant le chancre initial avec Wassermann négatif, le second avec Wassermann partiellement positif. Ils reçurent chacun 3 gr. 50 de 914. Le troisième cas fut traité plus tard, pendant les manifestations secondaires (roséoles); la cure plus énergique fut de 6 grammes de néosalvarsan en deux séries très rapprochées. Dans les deux premiers cas le traitement fut continué pendant trois ans avec de nombreuses séries d'injection de calomel. Dans le premier cas la réinfection se produisit au bout de 28 mois; dans le second au bout de 48 mois; dans le troisième au bout de 54 mois. — Dans deux cas la réaction de Wassermann restait encore négative dans les premiers jours de la seconde infection. Dans le troisième cas une roséole fut observée à la suite du second chancre. Dans deux des cas le nouveau syphilome occupait un siège différent de celui du premier.

F. BALZER.

**De la réinfection syphilitique** (Sulla reinfezione sifilitica), par PICCARDI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 426.

Ce travail débute par une étude sur la réinfection de la syphilis. Sur un millier de malades traités par le novarsénobenzol, Piccardi a obtenu douze guérisons (1,20 0/0) et conclut que ce résultat peut-être obtenu assez souvent si la cure est commencée dès la seconde incubation. Si, comme on l'admet, l'immunité s'opposant à contracter une seconde infection est liée à la persistance de la première, les cas où elle se produit avec tous les caractères exigés doivent établir la possibilité de la guérison radicale contrôlée par les moyens cliniques et sérologiques. En général on admet que la cure abortive peut s'obtenir quand la séro-réaction est encore négative avant le 15<sup>e</sup> ou 20<sup>e</sup> jour depuis le début du chancre. Sur les 12 cas de Piccardi sept réalisaient cette condition, et cinq dataient de 20 à 38 jours; la stérilisation est donc encore possible pendant toute la seconde incubation. De plus, dans une centaine de cas de syphilomes initiaux il a obtenu la guérison clinique avec absence complète de toute manifestation pendant une période variant de 6 mois à 10 ans, avec séro-réaction négative, bien que le traitement ait été parfois commencé à l'apparition des manifestations secondaires. Dans les douze cas traités, quatre ont reçu un traitement mixte par le novarsénobenzol et le mercure, huit exclusivement par l'arsénobenzol, mais l'auteur attribue le rôle principal à l'arsénobenzol. Il met en relief le fait que les hautes doses ne sont pas nécessaires; il emploie de 0,45 à 0,60 centigrammes de novarsénobenzol en moyenne. Piccardi donne les observations des 12 cas. Dans ces cas la réinfection se produisit à des intervalles de 2 mois à 6 ans; dans les cas où l'intervalle fut si court, le premier traitement avait eu lieu 5 jours après le début du chancre. F. BALZER.

**Cas certain de réinfection syphilitique** (Un caso accertato di reinfezione sifilitica), par TOMMASI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 473.

Homme ayant eu en janvier 1907, à l'âge de 14 ans, des chancres placés sur le côté droit du sillon qui s'indurèrent un peu plus tard, pendant le traitement; adénopathie inguinale; érythèmes, céphalée, adénopathies générales. Le traitement fut commencé le 27 février avec 20 injections de 0,015 de sublimé; en juin 1907, cure de 60 injections semblables. En juin 1907, retour de céphalée et de douleurs osseuses, 30 injections de sublimé. Aucun autre traitement jusqu'à l'âge de 28 ans. Depuis longtemps il avait des rapports sexuels réguliers avec la même femme. Le 20 août et le 28 septembre 1920 il eut des rapports avec une autre femme qui fut examinée par Tommasi et dont le séro-réaction fut trouvée positive le 10 décembre. Le patient se présenta à la clinique le 1<sup>er</sup> décembre avec un chancre au sillon, du côté gauche; ce chancre contenait des spirochètes. En même temps, adénopathie inguinale gauche, érythème, séro-réaction positive; céphalée, douleurs osseuses; à la fin de décembre, plaques muqueuses de la bouche avec spirochètes; adénopathies généralisées, amaigrissement.

Par malheur, le patient avait eu des rapports les 12 et 15 novembre avec son ancienne maîtresse, soit 45 ou 50 jours après le coït infectant, et il l'avait contagionnée; elle eut un chancre endo-urétral avec spirochètes, plus tard érythème, paralysie faciale, périostites, etc... En résumé, la réinfection ne paraît pas douteuse. L'auteur fait remarquer que le traitement de la première syphilis avait été peu intense, fait en contradiction avec les idées actuelles sur la nécessité des cures à la fois intenses et précoces. De plus la première infection n'avait laissé après elle aucune immunité, même relative, pour diminuer la virulence de la seconde infection plus forte que la première chez le patient et chez la femme contagionnée.

F. BALZER.

### Système nerveux.

**Paralysie faciale périphérique au début de la syphilis** (Peripherische Fazialislähmung im Beginne des Sekundärstadiums der Syphilis, par E. LEHNER et E. VADJA. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 130.

Deux cas, dont l'un de paralysie apparue après une injection intra-veineuse de 0,45 néo-salvarsan (pas d'examen du liquide céphalo-rachidien).

CH. AUDRY.

**Cysticercose cérébrale** (Cysticercose cerebral), par J. SANTA CECILIA, *Archivos Mineiros de Dermato-Siphiligraphia Bello Horizonte*, novembre 1919, p. 35.

La cysticercose fut une trouvaille d'autopsie chez un syphilitique présentant une céphalée persistante, une stase papillaire bilatérale et qui succomba dans le coma après une crise convulsive. Aucun symptôme clinique ne pouvait faire songer à ce diagnostic.

PELLIER.

**Syphilis cérébro-méningée. Paralysie de la 3<sup>e</sup> paire avec hémiplegie incomplète et hémianopsie gauches**, par MM. FLORAND et NICAUD *Société médicale des hôpitaux*, séance du 8 juillet 1921.

Il semble bien qu'il s'agisse chez ce malade de lésions diffuses cérébro-méningées avec atteinte du tronc moteur oculaire commun dont toutes les fonctions sont prises, atteinte partielle de la voie motrice et artérielle profonde ayant intéressé en totalité les radiations optiques gauches au niveau et en arrière du champ de Wernicke. Wassermann positif dans le sang; hyperalbuminose et lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

Après trois séries de novar, les fonctions de la 3<sup>e</sup> paire pour les muscles extrinsèques de l'œil gauche sont restaurées, la réaction méningée améliorée. Action favorable incomplète sur l'hémiplegie, aucune modification de l'hémianopsie. Malgré le traitement le réflexe photo-moteur gauche a disparu.

H. RABEAU.

**Influence d'une ponction sur les réflexes tendineux et cutanés dans un cas de paraplégie syphilitique subaiguë**, par M. G. GUILLAIN. *Soc. médicale des hôpitaux*. Séance du 24 juin 1921, p. 967.

Homme de 30 ans, chancre à 19 ans, paraplégie avec très forte exa-

génération des réflexes, rotulien, achilléen, médioplaire, tibiofémoral et péronéofémoral postérieur; clonus du pied, etc.

La ponction lombaire qui se passe normalement, montre un liquide céphalo-rachidien présentant toutes les réactions de la syphilis.

Deux jours après la ponction paraplégie complète avec profonde modification des réflexes cutanés et tendineux. Les réflexes qui avaient été constatés très exagérés, étaient faibles sinon nuls; le clonus du pied n'était plus provocable, babinski en flexion, troubles sensitifs marqués, hypoesthésie remontant jusqu'à la région ombilicale.

Six jours après tous ces troubles disparaissent et les réflexes redeviennent ce qu'ils étaient avant la ponction. Cette observation montre bien les modifications qui peuvent se produire après une ponction lombaire dans la circulation artérielle, veineuse et lymphatique du névraxe, ou dans la conductibilité de l'influx nerveux.

H. RABEAU.

Quelques cas de syphilis nerveuse rapidement améliorés par les composés arsenicaux en injections sous-cutanées, par MM. Léon TIXIER et H. DUVAL. *Société médicale des hôpitaux*, juin 1922.

Présentation et observation de 6 malades traités par du  $\text{g}14$  ou du sulfarsénol à doses croissantes jusqu'à 0 gr. 60 sous-cutané en solution dans novocaïne à 1 o/o. Traitement très bien supporté. Bons résultats : état général, appétit, forces améliorés. Les signes de syphilis nerveuse : céphalée, vertiges, troubles de la marche, troubles intellectuels portant sur le caractère, la volonté, la mémoire rapidement et heureusement modifiés. Chez l'un malade (obs. I) réflexe pupillaire à la lumière, et rotulien reparaissent; chez un autre (obs. III) le réflexe achilléen. Les auteurs n'ont pu se rendre compte des modifications du liquide céphalo-rachidien.

Chaque série arsenicale est suivie d'une série d'huile grise. T. et D. estiment indispensable l'association de l'arsenic de mercure et de l'iode en choisissant le médicament et les voies d'introduction.

M. Sicard ajoute que le procédé des petites doses répétées et prolongées peut donner dans la même syphilis des résultats remarquables là où toute autre médication avait échoué.

M. Lortat-Jacob traite par ce procédé les tabétiques atteints de tuberculose pulmonaire.

H. RABEAU.

Absence de corrélation entre les syndromes méningés et les modifications cyto-chimiques du liquide céphalo-rachidien, par M. de MASSARY. *La médecine*, février 1922.

L'auteur conclut de ses recherches que la ponction lombaire reste le meilleur moyen pour apprécier l'état des méninges cérébrospinales, mais il ne faut pas se contenter d'une seule ponction, surtout si elle fournit un liquide normal. Il faut faire des ponctions répétées pour approcher de la certitude. La clinique ne nous renseigne pas sur les moments propices pendant lesquels doivent être pratiquées ces pon-



tions. Il serait à souhaiter que des recherches systématiques sur le liquide céphalo-rachidien, analogues à celles que Ravaut pratiqua sur les syphilitiques, analogues à celles que Tockmann et moi, fimes sur les ourliens soient pratiquées dans toutes les infections et intoxications. Les modifications cytochimiques du liquide céphalo-rachidien, si intenses soient-elles, ne peuvent faire préjuger ni du diagnostic, ni par conséquent du pronostic. Elles ne fournissent qu'une donnée qu'utilisera l'examen clinique.

H. RABEAU.

**Traitement de l'épilepsie essentielle par les injections intraveineuses d'arsénobenzène**, par M. M. PAGE (de Bellevue). *Presse médicale*, 9 sept. 1922.

Trois cas d'épilepsie essentielle traités avec succès par les injections intraveineuses d'arsénobenzol pendant 2 ans; dans l'intervalle des séries, injections de nucléinate de soude, de liquide de vésicatoire ou de tuberculine. Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien négatifs sauf dans un cas où la réaction était douteuse. P. ne pense pas que l'épilepsie est une maladie syphilitique ou parasymphilitique de ce fait, mais que le microbe encore introuvé de cette maladie semble détruit par les injections intraveineuses d'arsénobenzène, suffisamment prolongées.

H. RABEAU.

### **Tube digestif.**

**L'augmentation de volume de la lèvre inférieure due à la syphilis** (En largement of the lower lip from syphilis), par MONTGOMERY et CULVER, *The Amer. Journ. of Syph.*, janvier 1922, p. 55.

Les auteurs décrivent une infiltration diffuse de la lèvre inférieure qui s'observerait fréquemment chez les syphilitiques et qui aurait une certaine valeur diagnostique. Cette infiltration est rarement mentionnée dans les observations, mais, à en juger d'après les photographies contenues dans les traités de la syphilis, elle paraît être fréquente, trop fréquente pour être une coïncidence. Les auteurs en ont observé un cas dont ils publient la photographie et dont l'intérêt particulier était dans la coexistence de lésions papuleuses du pourtour de la bouche et de l'infiltration spéciale de la lèvre inférieure. Cette infiltration étant diffuse et ne formant pas tumeur, les auteurs pensent que le nom de syphilome ne lui convient pas. Des hypertrophies régionales analogues peuvent s'observer aux membres inférieurs et aux organes génitaux de la femme où elles forment de véritables tuméfactions déjà décrites sous le nom de syphilomes vulvaires. Ces infiltrations sont assez rebelles au traitement.

S. FERNET.

**Lésions syphilitiques et syphiloïdes de la bouche** (Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen des Mundes, par F. ZINSSER (54 planches en couleur, 17 en noir), 3<sup>e</sup> éd., 1922.

Livre purement didactique qui constitue un atlas très bon et très instructif. La planche 48 (glossite de Hunter au cours de l'anémie pernicieuse) la série des langues (exanthème par la salypirine, etc.),

la collection des altérations dentaires, la planche de lupus érythémateux des muqueuses offrent un intérêt considérable, même au dermatologiste de métier.

Le texte explicatif est simple, clair, pratique, un peu trop élémentaire pour des planches qui, très heureusement d'ailleurs, reproduisent souvent des altérations exceptionnelles, mais très intéressantes.

CH. AUDRY.

**Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et le cancer des voies respiratoires et digestives supérieures**, par M. LAMBERT. *Archives médicales belges*, n° 12, décembre 1921.

Les manifestations syphilitiques tertiaires seules, mais pas nécessairement, donnent lieu à la production de néoplasmes. Un traitement intensif et prolongé n'empêche pas la manifestation spécifique d'évoluer même pendant ce temps vers le néoplasme. L'auteur cite un cas de gomme laryngée qui fut suivie quelques mois après le développement d'une tumeur maligne ayant débuté au même endroit sans pouvoir établir de relation certaine de cause à effet entre les deux.

H. RABEAU.

**Syphilome gastrohépatique**, par MM. A. FLORAND et GIRAULT. *Presse Médicale*, 22 octobre 1921.

Observation intéressante d'un malade présentant à la fois une syphilis gastrique, et une tumeur hépatique de même nature qui ne s'était manifestée par aucun signe clinique. Le diagnostic de la tumeur gastrique fut établi par l'examen clinique et radioscopique et basé sur l'indolence, la mobilité relative, la netteté des contours radioscopiques et aussi le fait qu'une tumeur de volume égal et d'origine cancéreuse se fut accompagnée d'anémie et cachexie prononcée. La laparotomie montre l'existence de la tumeur du lobe gauche du foie. Après un mois de traitement, les tumeurs avaient disparu. Les auteurs donnent dans ces cas la préférence au traitement mercuriel qui leur semble plus efficace que le traitement arsenical. L'intervention chirurgicale peut être nécessaire car la médication la plus intense est impuissante contre la sclérose.

H. RABEAU.

**La coexistence d'un ulcère de l'estomac et du tabès** (The existence of gastric ulcer with tabes dorsalis), par CROHN. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 24 déc. 1922, p. 2023.

En présence de symptômes gastriques au cours du tabès on est porté à faire trop rapidement le diagnostic de crises gastriques. Il est cependant des cas où un ulcère de l'estomac évolue chez un tabétique.

C. cite trois observations dont deux concernent des tabétiques porteurs l'un d'un ulcère de l'estomac, l'autre d'un ulcère du duodénum. La troisième observation concerne des crises gastriques tabétiques simulant un ulcère.

Malgré qu'il soit établi que le tabès s'accompagne d'hypersécrétion gastrique, il ne semble pas qu'il prédispose à l'ulcère et qu'on puisse établir une relation de cause à effet entre les deux affections.

C. pense que les cas observés par lui doivent être considérés comme des coïncidences.

S. FERNET.

**Anacidité dans l'ulcère syphilitique de l'estomac** (Ueber Anacidität bei syphilitischen Magengeschwüren), par GLASER. *Med. Klinik*, 1921, n° 40, Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. III, p. 312.

HCl libre fait toujours défaut dans les observations connues d'ulcère syphilitique de l'estomac. A propos d'une observation personnelle avec autopsie et examen microscopique, G. attribue cette anacidité à la gastrite interstitielle et folliculaire que la syphilis détermine.

CH. AUDRY.

**Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal de Fournier** (Contributo allo studio del sifiloma ano-rettale di Fournier), par PICCARDI et ALESIO. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 513, avec figures.

Les auteurs n'adoptent pas l'opinion de Jersild d'après laquelle cette affection doit être interprétée comme un éléphantiasis ano-rectal et génital dû à la stase lymphatique des ganglions inguinaux et péri-rectaux (ganglions de Gerota). Ils ont observé trois cas de cette affection chez des femmes jeunes (28, 32, 27 ans) atteintes de syphilis depuis 11, 3 et 4 ans, et traitées antérieurement assez bien par les injections de calomel. La troisième paraît avoir eu une bartholinite et probablement une gomme suivie de fistule vagino-rectale. La deuxième était affectée de blennorrhagie urétrale et rectale. Dans ces trois cas tertiaires la recherche des spirochètes fut négative. Chez ces malades manquait la suppuration des glandes inguinales dont Jersild fait dériver les adénites périrectales des ganglions de Gerota et la stase lymphatique. Les auteurs voient dans la syphilis la cause de l'altération favorisée aussi par la blennorrhagie, les traumatismes survenus dans la région génitale et anale chez ces femmes qui étaient des prostituées de bas étage. Deux de ces cas furent très améliorés par les arsénobenzols. La conclusion est qu'il faut maintenir l'entité morbide décrite par Fournier sous le nom de syphilome ano-rectal.

F. BALZER.

**Particularités de l'image radioscopique dans un cas de syphilis de l'estomac**, par M. A. LEMIERRE, GAUTIER et RAULOT-LAPOINTE. *Gazette des hôpitaux*, 10 mars 1921.

Les auteurs rapportent l'observation d'une syphilis gastrique qui se révéla par une hématomèse violente survenue en pleine santé apparente. L'absence de tout trouble gastrique antérieur, l'état du chimisme gastrique firent soupçonner la syphilis. L'examen radioscopique montre une tumeur développée dans la paroi; l'estomac est parfaitement mobile, il n'y a pas de douleur à la pression de la tumeur. Ces symptômes : mobilité et indolence des tumeurs abdominales perçues par la palpation, sont, ainsi que la conservation d'un bon état général, des arguments en faveur d'une néoplasie syphilitique.

H. RABEAU.

**Tumeurs sous-cutanées.**

**Erythème nouveau syphilitique avec spirochètes** (*Erythema novosum lacticum*. Spirochätenbefund und Histologie, par F. FISCHL. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXIX. Analyse in *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, 1921, p. 205)

Erythème nouveau chez une femme syphilitique de 28 ans. L'examen histologique d'un nodule montre une infiltration leucocytaire mononucléaire, des cellules géantes, de la périphlébite et de l'endophlébite avec spirochètes dans l'endo-veine.

CH. AUDRY.

**Syphilomes sous-cutanés fibreux chroniques** (*Chronic fibroid subcutaneous syphilomata*), par GOODMAN. *The British Journ. of Dermatology*, oct. 1921, p. 335.

L'observation détaillée qui fait l'objet de cet article concerne un homme de 36 ans, syphilitique qui présente, depuis 8 ans, des tumeurs symétriques aux coudes. Ces tumeurs, composées de plusieurs nodules distincts, sont dures, non adhérentes à la peau ni aux plans profonds indolores. Elles disparaissent sous l'action du traitement spécifique. La biopsie montre qu'il s'agissait de tumeurs fibreuses, très vascularisées, infiltrées de cellules rondes et de plasmazellen; il y avait de la périartérite. Il existait des foyers de nécrose qui, cliniquement, étaient impossibles à constater. L'auteur se demande s'il faut ranger ces tumeurs parmi les processus purement fibreux de la syphilis tels que l'induration plastique des corps caverneux et la sclérose pulmonaire ou bien, s'il s'agit de gommages ayant évolué vers la sclérose, ce qui serait exceptionnel et ce qui, cependant, paraît probable étant donnée la présence de foyers microscopiques de nécrose et étant donnée l'action efficace du traitement spécifique.

S. FERNET.

**Sarcoïdes et syphilis** (*Sarcoid and Syphilis*), par STILLIANS. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 19 novembre 1921, p. 1615.

S. cite un cas personnel de sarcoïdes profondes, multiples chez un homme de 40 ans ayant un Wassermann positif. A la suite d'un premier traitement mixte par le mercure et l'iodure de K, toutes les tumeurs disparurent, mais le traitement n'ayant pas été continué, elles récidivèrent.

La guérison fut définitive après un nouveau traitement spécifique plus prolongé.

De ce cas et de ceux de Pautrier (publiés en 1914) l'auteur croit pouvoir conclure que : la syphilis n'intervient pas dans l'étiologie des sarcoïdes de Boeck ni dans celle des sarcoïdes de Darier-Roussy lorsqu'elles sont symétriques et localisées au tronc. Au contraire, les sarcoïdes du type érythème induré seraient quelquefois en relation avec la syphilis.

S. FERNET.

**Vessie.**

**Un cas de syphilis vésicale**, par ANDRÉ BOECKEL. *Gaz. Médic. et Revue d'Hygiène soc. de Strasbourg*, mars 1922, p. 109.

Une femme de 31 ans pour des symptômes de cystite blennorragique compliquée de pyélonéphrite bilatérale est examinée par B. au cystoscope. L'examen complété par le cathétérisme urétéral révèle la présence d'une pyélonéphrite double et en outre dans la région péri-urétérale droite et dans le bas-fond vésical un semis de plaques érythémateuses arrondies ou ovalaires de teinte rosée. Elles sont limitées par un liseré plus foncé, rougeâtre, dont la teinte contraste avec celle de la muqueuse vésicale.

B. pense qu'il s'est trouvé en présence de lésions de nature syphilitique.

La malade ne veut jamais avoir eu la syphilis et elle ne présente aucun autre stigmate. La recherche du tréponème dans l'urine est négative. La réaction de B.-W. pratiquée 2 fois de suite à quelques jours d'intervalle s'est montrée nettement positive.

Le traitement spécifique (arsénobenzol et cyanure de mercure) fait rapidement régresser et disparaître les lésions.

L'intérêt principal de cette observation réside dans ce fait, qu'elle a trait à un *exanthème* fugace, alors que la presque totalité des cas de syphilis vésicale publiés jusqu'ici concernent des lésions ulcéreuses d'ordre tertiaire.

O. ELIASCHFFF.

#### **Voles respiratoires.**

**Diagnostic différentiel de la syphilis du nez et de la région nasale** (Beitrag zur differential diagnose der Lues der hase und wuegung), par H. FENS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 453.

D'après 5 cas de syphilis nasale difficiles à classer, F. distingue trois types :

- 1° Combinaison de syphilis et petite gomme avec lupus ;
- 2° Syphilis à petite gomme infiltrante avec petits foyers et nodules nécrosés disséminés.
- 3° Syphilis serpiginieuse à petites gommages, ulcérée en son centre.

CH. AUDRY.

**Syphilis de la trachée et des bronches** (Syphilis of trachea and bronchi), par SIMSON. *Amer. Journ. of medic. Sciences*, mai 1921, p. 740.

S. cite trois observations de toux paroxystique persistante, avec dyspnée et cyanose chez des sujets dont le Wassermann était positif. Dans les trois cas le traitement spécifique a été suivi d'amélioration. L'un des malades a succombé ultérieurement à la suite d'une pneumonie. L'autopsie a révélé une obstruction partielle de la bronche gauche par une gomme de la paroi et une sténose de l'artère pulmonaire gauche.

S. FERNET.

**Cancer primitif du poumon et syphilis. Considérations anatomopathologiques**, par J. F. MARTIN et COLRAT, *Journal de Médecine de Lyon*, 5 juillet 1921.

Les auteurs rapportent deux observations où l'inflammation chronique syphilitique a fait le lit au cancer.

JEAN LACASSAGNE.

## REVUE DES LIVRES

---

J.-L. ALIBERT, médecin de l'hôpital Saint Louis (1768-1837), par L. BRODIER, 1 vol. in-8, 390 p. 5 pl. Paris, 1923.

Quand, en 1802, Alibert fut nommé médecin de l'hôpital Saint-Louis, le *Tractatus de morbis cutaneis* de Lorry était le seul ouvrage consacré, en France, aux maladies de la peau, Alibert aborda l'étude de ces maladies avec un grand talent d'observation et décrivit, en un style imagé et captivant, un certain nombre de types morbides inconnus jusqu'alors, tels que la Chéloïde et le Mycosis fongoïde. Il fut le premier médecin qui appliqua l'analyse chimique et l'expérimentation à l'étude des maladies cutanées, et il eut le mérite d'encourager les recherches de Galès et de Renucis sur l'acare de la gale. S'il eut le tort d'employer une terminologie nouvelle en dermatologie et une nomenclature inacceptable dans sa *Nosologie Naturelle*, on lui doit cependant quelques dénominations heureuses telles que celles de Dermatoze, Syphilide, etc.

La deuxième classification des dermatoses, dite naturelle et présentée sous la forme d'un Arbre généalogique, se heurta à la classification de Plenck, Willan, basée sur les lésions élémentaires et enseignée par Bioth, ancien élève de Biett. Aussi, pendant plusieurs années, l'hôpital Saint-Louis fut le théâtre de discussions passionnées entre les élèves d'Alibert, appelés *Alibertistes*, et ceux de Biett, appelés *Willanistes*.

Alibert fut surtout un merveilleux professeur de clinique; ses pittoresques leçons, faites l'été, avec présentations de malades, sous les tilleuls de l'établissement, eurent un succès considérable et assurèrent la renommée européenne de l'hôpital Saint-Louis.

Il se destinait d'abord à l'enseignement des belles-lettres et fut élève de l'Ecole normale fondée par la Convention nationale, avant d'entrer, sur les conseils de Cabanis, à l'Ecole de Santé de Paris. Il y devint élève de Pinel, et celui-ci a inspiré la thèse du jeune docteur sur les *Fièvres atoxiques intermittentes*. Au cours de ses études, Alibert composa quelques poésies et fit, à la Société médicale d'Emulation, l'éloge de Roussel, de Spallanzani et de Galvani. Ses premiers travaux furent d'ordre médico-littéraire, et le philosophe se retrouve dans le curieux ouvrage intitulé *Physiologie des Passions*.

Premier titulaire de la chaire de Thérapeutique et Matière médicale à la Faculté, il publia les *Nouveaux Eléments de Thérapeutique* et un *Précis sur les eaux minérales*, qui furent longtemps classiques.

Médecin de Louis XVIII, puis de Charles X, il contribua à la fondation de l'Académie de médecine. Très répandu dans le monde, il entretint des relations amicales avec de nombreux artistes et hommes de lettres. Il ne reste guère de son œuvre que d'admirables descriptions cliniques; mais il est le véritable fondateur de l'école dermato-

logique française et peut être considéré comme une des grandes figures de la Médecine.

C'est à ce titre que le volume que vient de lui consacrer M. Brodier nous intéresse tout spécialement. Les divers chapitres de cette importante biographie sont consacrés non seulement à l'étude des œuvres d'Alibert mais aussi à l'étude de l'homme, de son caractère, de l'influence qu'il exerça sur sa génération et les suivantes. Cette œuvre écrite dans un style élégant, de forme très littéraire doit prendre place dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à l'Ecole de Saint-Louis.

P. RAVAUT.

**Encyclopédie Française d'urologie**, publiée sous la direction de MM. Pousson et Desnos. Six volumes, Doyn éditeur. Paris, 1914-1923. Chaque volume : 60 francs.

L'ouvrage considérable que présentent aujourd'hui MM. Pousson et Desnos est une véritable encyclopédie car il renferme l'ensemble de nos connaissances actuelles sur la pathologie urinaire. Pour mener à bien leurs tâches les auteurs ont recouru à la collaboration des spécialistes les plus compétents sur chacune des questions traitées ; ils ont eu bien soin de faire œuvre générale en montrant l'union intime qui existe entre l'appareil urinaire et l'ensemble de l'organisme d'une part et d'autre part la nécessité dans cette étude de ne pas séparer la médecine de la chirurgie. C'est à cette conception que l'ouvrage doit son unité et que tous les chapitres se suivent et s'enchaînent les uns aux autres.

Le premier volume comprend 1073 pages, 596 figures en noir et en couleurs, dans le texte et 9 planches en couleurs hors texte. La première partie de M. Desnos a trait à l'histoire des voies urinaires : il est des plus intéressants par la richesse des documents illustrés, le nombre et le choix des planches représentant de nombreuses gravures classiques en noir et en couleurs ; c'est un véritable chapitre de l'art des voies urinaires. La deuxième partie comprend l'étude de l'appareil urinaire dans la série animale par J. Pellegrin, celle du rein et de l'uretère chez l'homme par Papin puis celle de la vessie de la prostate et de l'uretère par Rieffel, Descamps et Aubarer ; ces chapitres sont abondamment illustrés de fort belles planches en couleurs. Enfin la troisième partie comprend l'étude des urines normales par Labar, une très intéressante question de mise au point de la toxicité et de la septicité urinaires par Achard et Paiseau et se termine par des chapitres de technique pratique par Janet, sur l'asepsie et l'antisepsie en urologie, sur le matériel urologique et les anesthésiques généraux et locaux par Ertzbischoff.

Le deuxième volume a 918 pages avec 275 figures dans le texte et 12 planches en couleurs hors texte. Il est consacré à l'étude des maladies des reins. Dans une première partie Pasteau et Ambard étudient l'exploration des reins et des uretères et Arcelin l'exploration radiologique des voies urinaires. Dans une deuxième partie Carlier et Heitz-Boyer traitent les traumatismes du rein, Pousson les septicémies médi-



cales puis Michon les septicémies chirurgicales, les pyclites et les pyclonéphroses. D'importants chapitres sont consacrés par Chevassu aux affections du rein déterminées chez la femme par la grossesse et les affections des organes génitaux par Pousson et Carles aux affections calculeuses, par Legueu à la lithiase rénale, par Rafin à la Tuberculose rénale, par Tuffier et Bréchet aux tumeurs du rein.

Le troisième volume est de 1121 pages avec 304 figures en noir et en couleurs dans le texte. Il y est traité des kystes du rein par Brin, des parasites du rein par Nicaise, de l'hydronéphrose par Bazy, de la syphilis du rein par Gaucher et Druelle, des anomalies congénitales par Papin. Deux chapitres sont consacrés aux fistules et névralgies rénales aux périnéphrites, aux tumeurs paranéphritiques; enfin l'étude du rein se termine par une étude de Papin et Morel sur la physiologie pathologique des opérations rénales, un chapitre de Pousson sur les conséquences médico-légales des traumatismes du rein et enfin par une très belle revue des diverses techniques des opérations pratiquées sur le rein par Hartmann. La seconde partie de ce volume est consacrée aux maladies des uretères et des capsules surrénales.

Le quatrième volume comprend 1154 pages avec 505 figures dans le texte et 12 planches en couleur hors texte. Entre l'apparition de ce volume et les précédents la guerre a passé. En 1920 mourut le Prof. Guyon et c'est par un pieux hommage à sa mémoire que les auteurs ont commencé ce volume. Il est consacré aux affections de la vessie et divisé en 18 chapitres. Sont étudiées successivement, l'exploration par Pasteau, les lésions traumatiques par Rouvillois et Ferron, les inflammations par Heitz Boyer, les calculs par Desnos et Minet, les corps étrangers, la tuberculose, les néoplasmes, les altérations de la paroi, les parasites, la syphilis, les malformations congénitales, les fistules par Forgue, les cystites par Pousson, les troubles fonctionnels par Courtade, les péricystites et les tumeurs paraviscérales par Paul Delbet, les opérations qui se pratiquent sur la vessie par Bockel et Pasteau et enfin la lithotritie par Desnos.

Le cinquième volume de 1110 pages avec 360 figures dans le texte et deux planches en couleur hors texte. Il est consacré aux maladies de l'urèthre et divisé en 17 chapitres. Noguès étudie l'exploration de l'urèthre, les uréthrites chroniques, l'urétroscopie, les cowpérites; puis Lic les uréthrites aiguës; puis Escat consacre d'excellents chapitres aux rétrécissements chez l'homme et chez la femme avec leurs complications. Les corps étrangers, les calculs de l'urèthre, les fistules, la tuberculose, les néoplasmes, les vices de développement sont étudiés par Oraison, Genouville, Ertzbischoff, Pousson; puis le volume se termine par un excellent chapitre de Minet sur la technique des opérations se pratiquant sur l'urèthre.

Le sixième volume de 1086 pages avec 160 figures dans le texte. Les maladies de la prostate et les grands syndromes urinaires en font l'objet. Après des notions générales sur l'exploration et les traumatisme de la prostate par André, les concrétions, calculs et kystes par Oraison, nous trouvons des séries d'études capitales par Marion,

l'hypertrophie de la prostate, la technique des opérations sur cette glande par Pauchet, sur les tumeurs et par Ertzbischoff sur la tuberculose.

Puis dans une série de chapitres médico-chirurgicaux sont passés en revue, ces grands syndromes urinaires : les rétentions et incontinenances d'urine par Paul Delbet, la polyurie par Arnozan, l'anurie par Léon Bernard, l'insuffisance surrénale par Achard, la phosphaturie et l'oxalurie par J. Tissier, l'albuminurie et la glycosurie par Castaigne, la pyurie et la pneumaturie par Marion, la chylurie par Le Dantec, les intoxications et les injections chez les urinaires chirurgicaux par Hogg.

Si nous avons donné avec tant de détails les divers chapitres traités dans ces volumes et les noms des collaborateurs qui les ont écrits c'est pour montrer que l'on ne saurait trouver une œuvre plus complète et dont chaque partie a été confiée à celui qui avait la compétence nécessaire pour l'écrire. Ajoutons que par le luxe, l'abondance, la netteté du tirage des figures, cet ouvrage représente l'état actuel de nos connaissances sur l'urologie et fait le plus grand honneur à la science française. Il intéressera non seulement les spécialistes urologistes mais aussi les médecins et les chirurgiens qui à chaque instant, au cours de leur pratique journalière se trouvent en présence de lésions ou de complications du côté des voies urinaires. Comme l'ont reconnu les auteurs, cet ouvrage n'est pas un simple traité, c'est une encyclopédie répondant à toutes les nécessités.

P. RAVAUT.

---

